UNIVERSITE DE PARIS VI

FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIERE

-:-

Année 1973 17. N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Joëlle DELCROS née TURBAT
Interne des Hôpitaux de Paris
Née le 1er novembre 1943 à Orléans (45)

-:-

Présentée et soutenue publiquement le

-:-

LES SOINS PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERS POUR ADOLESCENTS

(Réflexions sur le fonctionnement de deux services)

-:-

Président de Thèse : Mr D.J. DUCHE, Professeur

UNIVERSITE DE PARIS VI - FACULTE DE MEDECINE PITIE-SALPETRIE.

ANNEE 1973 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Joëlle DELCROS née TURBAT
Interne des Hôpitaux de Paris
Née le 1er Novembre 1943 à ORLEANS (45)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

-

LES SOINS PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERS POUR ADOLESCENTS

(Réflexions sur le fonctionnement de deux services)

-

Président : Mr D.J. DUCHE, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

LES SOINS PSYCHIATRIQUES HOSPITALIERS POUR ADOLESCENTS

(Réflexions sur le fonctionnement de deux services)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549212_0004

A Monsieur le Professeur Didier Jacques DUCHE, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Clement LAUNAY,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin des Hôpitaux, en témoignage de notre

respectueuse reconnaissance.

A Messieurs les chefs de service durant mon externat :

- Professeur PETIT
- Professeur PATEL
- Professeur VIGNALOU
- Professeur BUGE
- Professeur BLANCHON
- Professeur MOREAU
- Professeur F. SIGUIER
- Professeur JULIEN-MARIE
- Professeur P. ROYER

A Messieurs les chefs de service durant mon internat :

- Docteur PASQUIER
- Professeur D. MAHOUDEAU
- Professeur Cl. LAUNAY
- Professeur D.J. DUCHE
- Professeur A. BOURGUIGNON

Aux Miens

INTRODUCTION

L'étude des soins psychiatriques hospitaliers apportés aux adolescents s'intègre dans l'évolution des conceptions concernant les modalités et les cadres de soins psychiatriques à assurer aux jeunes patients.

Les institutions d'assistance hospitalière pour enfants et adolescents se sont progressivement multipliées en se diversifiant pour satisfaire aux exigences croissantes.

Dans la lignée des premières réalisations de FERRUS et FALRET, créateurs d'écoles spécialisées pour anormaux à Bicêtre et à la Salpêtrière, BOURNEVILLE déjà à la fin du XIXème siècle tentait d'aménager dans son service et à la Fondation Vallée de nouvelles conditions d'éducation et de traitement des "mineurs aliénés" du département de la Seine.

Il développa et appliqua de façon originale les méthodes expérimentées par SEGUIN à Bicêtre, et réalisait déjà un véritable centre moderne, quasiment révolutionnaire, à cette époque, pour enfants et adolescents handicapés :

A côté du personnel médical et infirmier traditionnel, apparaissaient déjà enseignants, "moniteurs" et professeurs divers.

Après avoir installé la première consultation spécialisée en psychiatrie infanto-juvénile à l'Hôpital de Vaugirard (patronage ROLLET), le Professeur G. HEUYER créa la Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile implantée aux Enfants Malades, puis à la Salpêtrière.

Ce service, qui a toujours accueilli des adolescents en même temps que des enfants, fut transformé en service ouvert dès 1943 par son successeur, le Professeur L. MICHAUX.

D'autres institutions ont accueilli et soigné des adolescents dans des cadres très divers :

- outre les hospitalisations temporaires de jeunes patients, posant des problèmes aigus et graves dans les différentes structures hospitalières psychiatriques pour adultes et quelques services de pédiatrie, les hospices ont donné "asile" de longue date aux "chroniques et déficients intellectuels agités", volontiers abandonnés par leur famille et rejetés par leur milieu social.

- La Fondation Vallée, après le départ de BOURNEVILLE et l'institution de Vaucluse furent de ces lieux de ségrégation célèbres pour le département de la Seine.

Le service de psychiatrie infantile de l'Hôpital de Perray-Vaucluse a toujours reçu des adolescents psychotiques ou qui présentaient des déficits intellectuels complexes.

En 1947 s'ouvrit à l'Hôpital de Villejuif un "Centre de mineurs vagabonds" destiné aux enfants et adolescents placés par le tribunal, en application de la loi sur le vagabondage.

Dans la lignée du premier institut médico-pédagogique ouvert à titre expérimental par BOURNEVILLE dès la fin du XIXème siècle et qui recevait "trois catégories de sujets formant des groupes tout à fait distincts" ("enfants présentant une instabilité mentale et sujets à des impulsions maladives ; enfants arriérés ; enfants atteints d'affection nerveuse compliquée ou non d'accidents convulsifs"), de nombreux établissements de plus en plus spécialisés, internats ou externats, se sont progressivement ouverts. Ils dépendent d'organismes privés ou publics très divers : instituts médico-pédagogiques ou médico-professionnels, institutions publiques d'éducation surveillée (I.P.E.S.), centres d'observation de l'éducation surveillée, du Ministère des Affaires Sociales, foyers protégés de semi-liberté et de jeunes travailleurs, etc...

Ces diverses réalisations reflètent l'évolution des idées en psychiatrie infanto-juvénile.

Parallèlement, les services psychiatriques hospitaliers pour enfants et adultes se sont libéralisés et diversifiés dans le but de rendre l'institution d'assistance hospitalière plus apte à assurer la continuité des soins grâce à une approche psychothérapique multidimensionnelle. Cependant, l'admission des adolescents dans les services psychiatriques d'adultes ou d'enfants a toujours entraîné de nombreuses difficultés.

En psychiatrie comme de façon générale, l'adolescent resta longtemps méconnu jusqu'à une période assez récente. En effet, comme l'écrivait BERNFELD en 1935, cité par Julien ROUARD (1954), "une des raisons de l'insuffisance de littérature scientifique sur cette période de la vie se trouve dans la grande multiplicité des phénomènes observés à cet âge, se manifestant dans plusieurs domaines, physiologiques, psychologique et sociologiques".

La première étude sur l'adolescence publiée en 1891 par BURNHAM aux Etats Unis se situait dans un vaste courant d'idées : les sciences biologiques en plein essor, psychologie, physiologie, sociologie, ethnologie, favorisaient les découvertes en psychologie de l'enfant.

Le livre de PREYER, "l'Ame de l'enfant", paru en 1881 en marquait une étape importante.

La période d'adolescence s'individualisa peu à peu de l'enfance, notamment à la suite des travaux de STANLEY-HALL et de son Ecole.

Il publiait en 1905 un important ouvrage consacré à l'adolescence. Les intérêts et recherches concernant cette période de la vie n'ont fait que croître, volontiers sous-tendus par les difficultés d'ordre pratique des services publics :

- difficultés d'orientation professionnelle
- troubles du comportement, accroissement de la délinquance infanto-juvénile avec le développement des communautés urbaines et de l'industrialisation.

Des mouvements de jeunes se sont développés dans divers pays d'Europe...

Sociologues et politiciens se sont intéressés tout particulièrement aux jeunes, soucieux de "leur éducation", leur avenir avec le sentiment sous-jacent d'une responsabilité collective à leur égard.

Les préoccupations nées de l'existence de la délinquance infanto-juvénile ont ainsi conduit les initiateurs de la psychiatrie

infanto-juvénile en France sous la conduite du Professeur HEUYER, à l'étude des troubles d'insertion sociale rencontrés par les adolescents. Ils en ont recherché la signification psycho-pathologique et relationnelle, étudié les possibilités de prise en charge. La conception d'un tableau clinique autonome, propre à l'adolescent s'est fait peu à peu jour.

Dans sa thèse, "Sur l'évolution des troubles de l'intelligence et du caractère à la puberté" (Paris, 1938), Madame LECOMTE-LORSIGNOL concluait par exemple que "loin d'être une seconde naissance" selon l'expression de ROUSSEAU, la puberté est plutôt "la fin d'une longue période et le commencement d'un état" et que "la seule transformation que réalise la puberté est sociale".

Si la psychiatrie infanto-juvénile naissante, spécialité d'emblée médico-sociale avait tout d'abord décrit des cadres nosographiques proches de ceux établis au XIXème siècle pour les troubles mentaux des adultes, ceux-ci furent rapidement démenbrés. Outre l'équipement particulier propre à chaque enfant, la reconnaissance de multiples facteurs de développement et de leur interaction réciproque a conduit à des conceptions plus dynamiques de la psychopathologie infanto-juvénile.

L'importance des situations conflictuelles, des difficultés relationnelles interpersonnelles, du milieu familial, culturel et social sur le développement de l'enfant fut ainsi reconnue.

La classification précise des troubles devint alors beaucoup moins importante que la compréhension de leur signification dynamique dans l'existence d'un sujet en évolution constante.

Les découvertes psychanalytiques depuis FREUD ont largement contribué à cette nouvelle orientation. De nombreux psychanalystes ont approfondi à sa suite, les aspects dynamiques du développement libidinal de l'enfant et de l'adolescent. En étudiant sa vie instinctivo-affective, l'organisation progressive de sa personnalité, les relations qu'il noue avec ses parents, ils ont mis l'accent sur l'importance des premières relations objectales et du conflit oedipien sur le développement ultérieur, tout particulièrement à l'adolescence.

Comme l'a écrit Peter BLOS dans son essai psychanalytique sur les adolescents (1962) : "les résultats des recherches sur la première enfance ont lié génétiquement l'adolescence aux périodes antérieures de la vie La puberté trouvait ici sa place dans un continuum de développement psychologique".

Durant "cette phase de l'évolution continue qui mène de l'enfance à l'âge adulte" (SCHONFELD), l'aspect réactionnel d'un grand nombre de troubles, de caractère variable, polymorphe, souvent bruyants des manifestations morbides, l'incertitude pronostique concernant la signification dynamique des symptômes ont toujours rendu particulièrement difficiles les modalités d'approche des difficultés mentales des adolescents, "un défi pour tous les psychiatres" (SCHONFELD, 1971).

Ce véritable domaine original de la psychiatrie infanto-juvénile encore mal délimité nécessiterait pour certains (CAPLAN) un programme de santé mentale particulier et un équipement thérapeutique spécifique.

Une coordination étroite entre le dispositif thérapeutique hospitalier et les diverses structures extra-hospitalières de la communauté est indispensable à tous les niveaux.

C'est à l'aspect hospitalier de cette assistance difficile aux adolescents que nous nous limiterons, à partir de l'expérience vécue durant nos fonctions d'interne dans deux services

parisiens de psychiatrie infanto-juvénile, recevant un grand nombre d'adolescents.

En effet, l'évolution permanente des modalités de soins psychiatriques rend nécessaire la réorganisation de toutes les structures vers des réalisations plus adaptées.

Cette réorganisation implique la participation active des services de psychiatrie infantile des hôpitaux généraux, en étroite coordination avec les différentes équipes de secteur. La position de ces services d'hôpitaux généraux fut longtemps particulière du fait de leurs conditions historiques, leur implantation au sein même de la cité, la richesse de leurs ressources médicales très spécialisées, un certain isolement des autres structures psychiatriques. Ils ont précocément développé des modalités de consultation externe et d'hospitalisation pour observation et traitement, tentant de faire face à une demande considérable.

Nous essaierons de dégager comment ces services de neuropsychiatrie infantile se réorganisent pour faire face aux exigences actuelles de la spécialité, plus particulièrement dans l'abord de leur population adolescente : continuité des soins, coordination plus étroite entre les équipes psychiatriques d'enfants et d'adultes d'un même secteur géodémographique.

Nous décrirons d'abord comment de façon particulière deux services de neuro-psychiatrie infanto-juvénile accueillent et soignent les adolescents dans deux hôpitaux généraux parisiens : la Salpêtrière et l'Hôpital Hérold.

La description que nous en ferons, sans vouloir être exhaustive, correspond à l'expérience que nous avons vécue durant nos années de fonctions d'interne dans ces services.

Nous tenterons de dégager leur mode de fonctionnement vis à vis des adolescents en illustrant les modalités de prise en charge par quelques cas cliniques.

Puis, à partir d'autres expériences d'hospitalisation d'adolescents dont nous avons pu prendre connaissance par lecture, nous tenterons de dégager quelques principes qui pourraient être mis en oeuvre dans les soins psychiatriques aux adolescents, dans le cadre d'un hôpital général, en coordination étroite avec les diverses équipes psychiatriques de secteur : hôpital psychiatrique, centresextra-hospitaliersde dépistage et de cure ambulatoire, services de suite, etc...

Notre étude comprendra donc III chapitres.

I. - Description du mode de fonctionnement de la salle d'adolescents du service de psychiatrie infantile de l'Hôpital Hérold.

II. - Description du fonctionnement du service de neuro-psychiatrie infantile de la Salpêtrière dans l'abord des adolescents.

III. - Quelques expériences originales d'hospitalisations d'adolescents en France et à l'étranger, dont nous dégagerons des éléments utilisables dans l'aménagement de ressources thérapeutiques adaptées aux besoins des adolescents.

La conclusion résumera les éléments essentiels soutenus.

CHAPITRE I

DESCRIPTION DU MODE DE FONCTIONNEMENT

DE LA SALLE D'ADOLESCENTS

DU SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTILE DE L'HOPITAL HEROLD

I

La première expérience que nous retracerons est celle que nous avons eue de l'hospitalisation des adolescents dans le service de psychiatrie infantile du Professeur Cl. LAUNAY à l'Hôpital Hérold.

Ce service, qui était lors de son ouverture, en 1954, un service de pédiatrie, tire en partie son originalité de son implantation dans un hôpital général pour enfants d'effectif assez restreint.

A partir de l'abord psychologique de l'enfant malade, les intérêts de l'équipe thérapeutique se sont progressivement diversifiés sous la conduite du Professeur Cl. LAUNAY vers une prise en charge psychiatrique plus spécifique.

La structuration actuelle du service en est l'aboutissant : il comprend un important centre de"guidance infantile"dont les activités sont polymorphes et diversifiées ; trois unités d'hospitalisation psychiatrique distinctes de 10 lits pour petits, enfants en période de latence et adolescents ; deux salles de pédiatrie qui reçoivent des enfants présentant des affections somatiques (certains enfants posant des problèmes psychiatriques légers y sont parfois accueillis temporairement).

Nous ne retracerons pas les difficultés d'une telle évolution au sein d'un hôpital général. La collaboration importante des services de pédiatrie voisins, et la nécessaire contribution des services administratifs, a permis une certaine ouverture vers la cité, une meilleure implantation dans l'hôpital. Des échanges fréquents, en partie grâce au nombre assez restreint de lits d'hospitalisation à l'hôpital Hérold, ont facilité une compréhension mutuelle.

C'est l'unité d'hospitalisation de 10 lits réservée aux adolescents, de fonctionnement assez autonome, que nous décrirons.

Cette unité de soins, la salle RIBADEAU DUMAS, a été la première à être progressivement aménagée en unité originale de soins psychiatriques mixte pour adolescents. L'équipe soignante, motivée pour une prise en charge originale de ce type, a donc bénéficié de la réflexion née des expériences thérapeutiques antérieures et d'une longue habitude de travail commun, fait dynamique à notre sens particulièrement important.

De centre à visée initiale d'observation et d'orientation thérapeutique, la réflexion commune de toute l'équipe a conduit à diversifier et élargir les buts d'une telle unité, vers une recherche plus grande des modalités de fonctionnement et des moyens thérapeutiques utilisés. Un climat plus libéral et souple, mieux adapté aux besoins assez particuliers des adolescents s'est fait jour ; un allongement relatif de la durée moyenne d'hospitalisation, un recru-

tement quelque peu différent ont contribué à donner un visage nouveau au fonctionnement de cette unité thérapeutique.

Nous tenterons de dégager les intérêts et les indications assez précises d'une prise en charge de ce type : hospitalisations temporaires n'excédant pas quelques mois, de pré-adolescents et d'adolescents jeunes (le plus souvent de moins de 16 ans), souvent à l'occasion des premières manifestations pathologiques, dans une structure de soins assez souple, ce qui évite au maximum une"psychiatrisation" des troubles, peu souhaitable à cet âge.

Après une description sommaire des locaux et une présentation de l'équipe soignante, nous nous efforcerons de schématiser le fonctionnement de cette unité de soins, son rôle d'approche diagnostique et d'orientation thérapeutique vis à vis des adolescents et de leur famille.

Le temps d'observation de l'adolescent au sein du groupe et individuellement constitue un élément important de l'approche diagnostique et pronostique contribuant à son orientation ultérieure, étroitement intriquée comme toujours au temps thérapeutique à court terme.

Nous tenterons d'en dégager les principes généraux à l'aide de quelques observations, représentatives de certains problèmes psycho-pathologiques rencontrés et des difficultés de prise en charge institutionnelle à cette période de la vie et dans ce cadre bien particulier.

Les locaux de cette salle sont groupés dans une partie du rez de chaussée du service. 10 chambres individuelles peuvent recevoir des adolescents des deux sexes. Elles débouchent sur un vaste couloir aménagé avec tables et chaises, lieu privilégié pour les jeux et les activités communautaires. Les adolescents peuvent décorer leur chambre à leur convenance et ont en partie à en assurer l'entretien. Ils disposent d'un placard pour ranger leurs affaires personnelles et d'un lavabo. Les repas sont pris en commun avec l'éducatrice dans une salle à manger, utilisée en dehors des repas pour les activités éducatives. La salle de bains commune comporte baignoire et douche. Un poste infirmier contigu aux chambres des adolescents sert souvent de lieu de rencontre pour les soignants.

L'équipe thérapeutique comprend, outre le chef de service qui coordonne les activités :

- un assistant psychiatre à plein temps ;
- un interne ;
- un externe ;
- une éducatrice spécialisée aidée d'une stagiaire éducatrice.

Elles peuvent trouver aide et conseils auprès d'une éducatrice dont le rôle est de coordonner les activités éducatives des trois équipes soignantes. Sa longue expérience dans le service lui permet d'avoir un rôle privilégié vis à vis de certains adolescents difficiles qu'elle peut ainsi prendre plus personnellement en charge (anorexie mentale, phobie scolaire par exemple). Eléments les plus

stables de l'équipe grâce à un aménagement assez souple de leurs horaires, étalés dans la journée de 9 heures à 19 heures, les éducatrices peuvent établir un lien entre les différentes équipes d'infirmières.

- deux aide-soignantes, motivées pour assurer des soins psychiatriques dans une salle d'adolescents, se relayent selon les horaires classiques de l'Assistance Publique, d'où une certaine discontinuité de prise en charge dans la journée pour les adolescents. Leur rôle dépasse largement leurs fonctions habituelles d'assistance et de soins médicaux à l'hôpital général ; ce sont elles par exemple qui se chargeront de diverses techniques corporelles, de soins "maternels", massages, bains, mises en plis, maquillage, etc..., s'impliquant personnellement dans les relations qu'elles nouent avec leurs jeunes patients.

En contact direct avec les adolescents une grande partie de la journée, éducatrices et infirmières organisent la vie pratique et sociale du groupe, important élément de réalité. Leur attitude tolérante va de pair avec une certaine fermeté pour faire respecter les règles de fonctionnement de l'institution, seule garantie du maintien d'un milieu libéral et rassurant pour l'adolescent.

L'observation des adolescents au sein du groupe et dans la relation privilégiée qu'ils peuvent avoir avec les soignants, à l'occasion d'activités éducatives ou des moments de la vie quotidienne, lever, coucher, repas, sorties, bains, visites des familles,

fournit d'importants éléments d'appréciation du développement individuel de l'adolescent, de ses difficultés relationnelles, de la signification dynamique des symptômes qui ont motivé l'hospitalisation ou qui se font jour durant celle-ci.

Des institutrices et des professeurs viennent quelques jours par semaine, dans le cadre de l'Ecole à l'Hôpital, mais les problèmes pédagogiques des adolescents hospitalisés à l'hôpital Hérold demeurent incomplètement satisfaits.

La surveillante, commune à l'ensemble du service, assure un rôle difficile de coordination entre les différentes équipes soignantes, un lien de communication privilégiée avec l'administration.

L'assistante sociale a un rôle important dans le contact qu'elle a avec les familles ; ses relations avec les établissements de suite extra-hospitaliers en font un personnage clé dans l'orientation ultérieure des patients.

Le personnel de service constitue un facteur de réalité important pour les adolescents par les tâches de la vie quotidienne qu'il assure : entretien des locaux, lingerie, etc.. Leur intégration au travail de l'équipe demeure parfois difficile...

Enfin, les diverses catégories professionnelles habituelles en psychiatrie infanto-juvénile, commune à l'ensemble du

service, interviennent auprès des adolescents en fonction de chaque cas : psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, psychothérapeutes. Leur pratique est souvent rendue difficile techniquement auprès des adolescents dans le cadre hospitalier et nécessite des aménagements constants. Elles peuvent bénéficier pour cela de l'aide d'une psychanalyste disponible pour leur assurer une formation complémentaire : contrôle de psychothérapies par exemple.

Les réunions sont fréquentes et assurent la circulation des informations et la cohésion nécessaire entre les membres de cette équipe multidisciplinaire.

La "synthèse" de l'unité de soins "adolescents", qui a lieu chaque semaine, permet de reprendre de façon dynamique à propos de chaque adolescent, les éléments qui peuvent être utiles à l'approche diagnostique et l'orientation thérapeutique : comportement de l'adolescent, ses relations au sein du groupe, données anamnestiques et biographiques ; éléments importants qui se dégagent des entretiens psychiatriques, des relations avec l'adolescent et ses parents. Les principales décisions y sont prises en commun et remises en question chaque semaine, en fonction de l'évolution du patient et de celle du groupe.

Une synthèse de cas cliniques, commune à l'ensemble du service, se déroule également chaque semaine. Les observations d'un ou deux patients, choisis en fonction des problèmes psychopathologiques complexes, diagnostiques ou d'orientation thérapeutique

difficiles qu'ils soulèvent y sont envisagées. La confrontation des compétences et opinions de chacun permet souvent d'aboutir à une conception plus dynamique de celle envisagée initialement, ainsi qu'à une meilleure orientation ultérieure. Outre la coordination qu'elle permet entre les membres des différentes équipes soignantes, elle fournit un enseignement vivant à tous ceux qui y participent.

Nous envisagerons successivement les modalités de l'admission et les principaux motifs d'hospitalisation, puis tenterons de dégager les principaux cadres psycho-pathologiques rencontrés.

Après avoir décrit le mode de vie des adolescents hospitalisés, nous nous efforcerons de dégager le rôle de cette unité de soins comme instrument thérapeutique vis à vis de l'adolescent et de sa famille, à l'aide de quelques cas cliniques.

Les adolescents n'ont jamais été hospitalisés en urgence, mais toujours après consultation préalable de l'adolescent et de ses parents, avec un psychiatre du service. L'hospitalisation a ainsi pu être décidée en tenant compte de l'efficacité probable d'une telle mesure et du plan thérapeutique envisagé, après s'être assuré de l'indispensable collaboration de la famille :

- traitement intensif de durée relativement courte, ou intervention en période de crise jalonnant un traitement ambulatoire déjà entrepris ;

- évaluation diagnostique et orientation thérapeutique difficiles nécessitant des investigations complexes dans un milieu spécialisé médico-psychiatrique ;

- observation dans un milieu neutre permettant le"déconditionnement" d'une situation familiale très conflictuelle : "beaucoup plus que la simple séparation de l'enfant de son milieu familial... c'est la création d'un nouveau mode de vie, qui permet à la fois à l'enfant et aux parents de prendre confiance, autrement que de coutume, des troubles qui perturbent le foyer, et d'agir sur l'enfant avec le plus d'efficacité possible, par les nouveaux liens qu'il contracte avec le centre et par l'action directe que l'éducatrice et le psychothérapeute peuvent exercer sur lui" (Cl. LAUNAY, 1967).

L'adolescent a généralement visité sa chambre et les locaux de l'unité de soins lors de cette consultation préalable, pris contact avec les différents membres de l'équipe, et donné son accord pour une hospitalisation. Toutes ces mesures ont habituellement suffit à dédramatiser la situation. L'hospitalisation ainsi préparée s'est toujours effectuée dans de meilleures conditions.

Les adolescents ont été adressés en vue d'une hospitalisation selon des modalités diverses, géographiquement assez dispersées :

- pédiatresde l'hôpital et des services de pédiatrie parisiens ;
- médecins psychiatres de province ou de lointaine banlieue démunis de structure de soins adaptée dans leur région ;
- consultation d'adolescents du C.P.O.A. ;
- hôpitaux de jour, lorsqu'une hospitalisation totale temporaire apparaissait utile au cours du traitement de leurs patients ; l'hospitalisation a souvent permis une action plus intensive sur la famille ;
- psychiatres, psychothérapeutes, psychologues du service ;
- beaucoup plus rarement, à la demande de médecins généralistes ou des parents eux-mêmes.

Nous avons tenté de regrouper les principaux motifs d'hospitalisation durant deux années récentes, par le tableau qui suit.

136 adolescents de 11 à 20 ans ont été hospitalisés dans cette unité de soins durant ces deux années de référence, dont 81 de sexe féminin, 55 de sexe masculin (pour 10 lits d'hospitalisation). La moyenne d'âge était de 13-14 ans.

Durant l'année 1969-1970, la durée moyenne d'hospitalisation a été de un mois et demi, avec durées extrêmes de quatre jours à cinq mois et demi. 12 hospitalisation ont été de moins d'un mois, 30 hospitalisations de un à trois mois, 6 hospitalisations de trois à six mois.

Symptômes	Nombre de cas	Filles	Garçons
Anorexie mentale	36	36	0
Episode psychotique	20	10	10
Difficultés scolaires :	16		
- Phobies scolaires	10	4	6
- Autres troubles	6	6	0
Etats dépressifs	2	2	0
Tentatives de suicide	9	8	1
Manifestations hystéro-phobiques	15	11	4
Symptômes obsessionnels	4	2	2
Troubles fonctionnels (énurésie - encoprésie)	10	2	8
Obésité	5	4	1
Troubles psychomoteurs	5	2	3
Troubles caractériels, psychopathiques	5	1	4
Difficultés d'identité sexuelle	5	2	3
Comitialité	2	0	2
Déficit intellectuel	1	0	1
Syndrome de régression post-traumatique	1	0	1

Derrière ces motifs d'admission assez variés, certains cadres psycho-pathologiques particuliers ont été le plus souvent rencontrés :

- anorexie mentale dont la prise en charge a donné lieu à une thérapeutique institutionnelle particulière dont nous reparlerons à propos d'un cas clinique ; et l'on a pu dire que cette unité de soins était spécialisée dans le traitement hospitalier des anorexies mentales... ;

- manifestations pathologiques bruyantes, volontiers réactionnelles à une situation familiale ou sociale difficile, sans organisation de la personnalité structurée sur un mode franchement psycho-pathologique (névrotique ou psychotique par exemple) ;

- phobies scolaires, souvent hospitalisées dans un contexte de grande angoisse familiale : l'indication de l'hospitalisation a toujours été difficile à poser en tenant compte de la demande personnelle de l'adolescent et des possibilités de déconditionnement réelles durant l'hospitalisation ;

- adolescents psychotiques : il s'agissait souvent de l'épisode révélateur non spécifique : bouffées délirantes aiguës, entrées dans une schizophrénie. Cet épisode aigu a donné lieu à un traitement intensif dans ce cadre dédramatisant, et a permis d'envisager la meilleure solution ultérieure en fonction de l'incertitude pronostique et évolutive à cet âge, de l'appréciation de la dynamique

familiale plus ou moins mobilisable, des possibilités de réinsertion sociale, scolaire ou professionnelle.

Les adolescents présentant des perturbations affectives associées à un déficit intellectuel ou à une affection organique prédominante, les encéphalopathes, les adolescents structurés sur un mode psychopathique (5 cas) ont représenté un très faible pourcentage. Ils n'ont pas semblé pouvoir tirer grand profit de soins psychiatriques à court terme dans un cadre hospitalier de ce type, insuffisamment équipé pour des cas lourds et complexes. Ceux-ci ont été généralement orientés vers d'autres structures lors de la consultation initiale.

En arrivant à l'hôpital, les adolescents sont rapidement confrontés à une vie communautaire réelle au sein d'un groupe d'adolescents de leur âge, mixte, vivant et actif, ce qui les oblige à s'impliquer rapidement.

Les groupes ont été très variables, selon la personnalité des adolescents, leur vécu antérieur, leurs difficultés actuelles, l'équilibre réalisé entre les sexes, la répartition des âges. Ces groupes ont parfois été assez homogènes, ailleurs plus hétérogènes : des sous groupes se sont constitués, quelques adolescents ont fait bloc (groupe de 2 ou 3 anorexiques par exemple, difficilement mobilisables), un leader s'est dégagé, tentant d'imposer sa loi.

Souvent, un ou deux enfants plus jeunes, âgés de 8 ou 10 ans, ont volontairement été introduits dans le groupe pour tenter de reconstituer une sorte de climat familial et réaliser un meilleur équilibre. Du fait de la durée de séjour relativement courte, la rotation des adolescents a été assez rapide : le caractère changeant des groupes constitués a présenté cependant l'avantage de diversifier les échanges entre les adolescents. Tantôt l'insertion et la participation du nouvel arrivant aux activités de groupe a été facile ; ailleurs, il s'est isolé ou a refusé de participer. Ses difficultés relationnelles avec les autres adolescents ou adultes soignants se sont faits jour peu à peu : reflet de difficultés relationnelles antérieures rencontrées dans le milieu familial, scolaire ou professionnel, propres à son histoire personnelle, difficultés d'identification, d'autonomisation, identité sexuelle non ou mal résolue, mauvaise intégration de l'image corporelle et des transformations pubertaires récentes.

Des conflits importants au sein du groupe, générateurs de passage à l'acte impulsifs ont parfois nécessité la collaboration rapide des membres de l'équipe pour analyser et contrôler la situation. Telle cette adolescente anorectique dont les projections agressives intenses furent vécues comme une menace angoissante par les autres adolescents. Cette situation avait entraîné de leur part une réaction d'exclusion du groupe très mal tolérée par cette jeune patiente, car elle réactivait de façon aiguë une situation d'abandon et de rejet, difficilement tolérable dans la période difficile qu'elle traversait. L'abord de la situation conflictuelle avec les

adolescents réunis, un psychiatre et l'éducatrice a permis de dédramatiser la situation de part et d'autre et de réintégrer cette patient dès lors vécue comme moins angoissante dans le groupe des autres adolescents.

Les activités du matin sont assez libres. Les actes thérapeutiques divers concernant chaque patient ont souvent lieu le matin : entretiens psychiatriques ou psychothérapiques de divers types, séances de psychomotricité, techniques rééducatives, nursing, massages, maternages...

Après le repas pris en commun avec l'éducatrice, un temps d'activités libres des adolescents dans leur chambre coïncide avec les visites des parents. La fréquence de ces visites a été variable pour chaque cas, fonction de ce que l'on pouvait attendre d'une thérapeutique de déconditionnement, une ou deux fois par semaine par exemple. Pour certains, une coupure du milieu familial durant la période initiale d'hospitalisation apporterait à ces adolescents un certain soulagement. Les adolescents pouvaient ensuite sortir régulièrement durant les week end dans leur famille. Ceci facilitait, tout en extériorisant certaines difficultés interpersonnelles au sein du groupe familial dès lors plus facilement verbalisées, la réintégration familiale ultérieure.

Les sorties dans l'enceinte de l'hôpital ont eu lieu le plus souvent possible, mais l'exiguité des locaux a limité les possibilités d'activités sportives sur place.

Des activités éducatives plus structurées ont lieu l'après-midi par petits groupes de 3 ou 4 adolescents. Ces activités ont permis à chaque adolescent de s'y exprimer librement, grâce aux possibilités créatrices souvent remarquables, propres à cette période de la vie. Les adolescents ont souvent tiré de leurs réalisations personnelles beaucoup d'assurance et de gratifications narcissiques, facteurs d'autonomisation. La communication avec l'entourage en a parfois été facilitée, rendue plus authentique, point de départ d'une appréhension de meilleure qualité de la réalité. Le développement d'un éventail plus large et diversifié d'activités de ce type, une ouverture plus grande vers les structures extra-hospitalières pourraient offrir des possibilités nouvelles.

La journée se termine par la veillée du soir qui regroupe des adolescents pour des activités très souples, laissées à l'initiative de chacun : jeux, musique, danse, discussions libres par exemple.

De ce temps clé d'observation de l'adolescent vivant au sein du groupe de ses pairs, des difficultés qui en surgissent, vont se dégager d'importants éléments d'appréciation de la signification des symptômes, leur caractère réactionnel ou témoin d'une affection psycho-pathologique plus structurée, leur signification dynamique dans l'évolution et la maturation de la personnalité de l'adolescent, tout en ayant valeur thérapeutique.

Les entretiens psychiatriques vont permettre une meilleure appréhension des difficultés de l'adolescent : souplesse des aménagements face à la poussée instinctuelle pubertaire et aux modifications corporelles récentes, étapes antérieures du développement libidinal source possible de "temps manqués", réactivés à cette période de la vie. Toutes ces données reprises lors des réunions de synthèse vont permettre d'envisager en commun le type de relation thérapeutique personnelle le plus souhaitable pour l'adolescent : entretiens psychiatriques réguliers, techniques rééducatives, psychothérapie courte ou analytique plus classique. Ces relations thérapeutiques, commencées durant le séjour hospitalier, ont une prégnance particulière pour l'adolescent du fait de la séparation d'avec ses parents. Elles ont pu utiliser de façon efficace les remaniements liés au déconditionnement hospitalier, et les possibilités dynamiques nouvelles ainsi libérées. Conjointement au travail dirigé vers la famille, elles ont souvent permis de franchir un cap difficile, de dépasser les symptômes alarmants, facilitant la réintégration familiale et la poursuite ultérieure ambulatoire du traitement.

Le travail thérapeutique orienté vers la famille représente un temps important pour l'approche diagnostique et thérapeutique et pour l'orientation ultérieure du patient. Nous en dégagerons ici quelques éléments repris de façon plus détaillée plus loin.

Les entretiens psychiatriques réguliers sont conduits de façon très souple, avec une approche psychothérapique discrète.

Outre les éléments d'information qu'ils peuvent apporter pour l'adolescent, ils permettent d'apprécier les possibilités de mobilisation du groupe "familial" et le niveau d'intervention approprié à chaque cas... A la faveur des remaniements contemporains de l'hospitalisation de leur enfant, certains éléments conflictuels dans les relations familiales ont pu être verbalisés, dédramatisés, parfois remis en question, permettant d'espérer des remaniements durables au niveau des conduites et des comportements parentaux ainsi qu'une meilleure compréhension des difficultés de l'adolescent dans sa famille. Ces entretiens ont parfois pu déboucher pour l'un ou pour les deux parents vers une prise en charge ultérieure prolongée, quels qu'en soient les modalités et les cadres... A côté de cette prise en charge assez individuelle, la création de groupes de parents, réunis à une fréquence variable, pourrait être très utile pour la prise en charge de certaines familles : groupes de parents d'anorectiques par exemple... Les parents ont parfois établi une relation privilégiée avec l'un des membres de l'équipe : éducatrice ou infirmière par exemple, lors des contacts réalisés à l'occasion des visites, sorties des adolescents dans leur famille, des entretiens psychiatriques. Ces relations ont souvent eu une grande importance thérapeutique, grâce à l'attitude tolérante et compréhensive des soignants...

Les quatre fragments d'observations que nous avons choisi de relater, nous ont semblé représentatives des difficultés fréquemment rencontrées, et de certaines modalités de prise en charge dans cette unité de soins.

Le milieu thérapeutique neutre et chaleureux réalisé à l'Hôpital Hérold a bien souvent permis un déconditionnement rapide et efficace d'une symptomatologie devenue inextriquable, dans un milieu familial entretenant plus ou moins inconsciemment les manifestations symptomatiques dominantes qui risquaient ainsi de s'aggraver et de se fixer...

Outre la meilleure adaptation sociale et familiale qu'elle rendait possible, la disparition du symptôme dominant, lors de l'hospitalisation, a bien souvent permis de libérer des possibilités dynamiques jusqu'alors bloquées, favorisant une maturation affective progressive chez ces adolescents.

Jean-Michel T..., 14 ans, fut ainsi hospitalisé durant un mois et demi pour des rituels obsessionnels extensifs, invalidants, imposant un déconditionnement rapide. Au voisinage de la puberté il était devenu méticuleux, se lavait très fréquemment, manifestait angoisse et dégoût prononcé pour tout ce qui était sale... A la rentrée scolaire (1970), un crachat reçu sur son anorak avait précipité les choses : il voyait des taches et des crachats partout, sur les murs, sur les vitres. Tout ce qu'il ramenait du dehors était souillé et sale. Il faisait laver livres et cahiers par sa mère... Se lavait mains et visage plusieurs fois par jour.

Ces rituels extensifs avaient pris peu à peu une résonance particulière : il rentrait du lycée dans un état d'angoisse extrême, s'enfermait chez lui, et exigeait d'être déshabillé puis lavé entièrement par sa mère, au rythme qu'il lui imposait, seule mesure susceptible de calmer son angoisse... Ces rituels n'avaient lieu que s'il sortait de chez lui, et peu à peu il avait refusé toute fréquentation scolaire.

Jean-Michel avait vécu jusqu'alors dans un milieu très particulier, exclusivement féminin, en compagnie de sa mère, sa grand-mère maternelle et la soeur de celle-ci. Monsieur et Madame T... s'étaient en effet séparés lorsque Jean-Michel avait 9 mois et avaient divorcé peu après. Madame T... avait alors réintégré le domicile de ses parents avec son fils. Cette femme, très anxieuse et quelque peu rigide, semblait avoir vécu de façon quasi symbio-

tique avec son fils, comme elle avait probablement vécu antérieurement avec ses propres parents, confinée dans une vie étriquée. Sa seule ouverture avait été son mariage : "un échec"... D'après son discours, Jean-Michel avait été un enfant très"gentil", passif, renfermé et peu interrogatif de sa situation familiale particulière. Elève brillant, très méticuleux dans son travail scolaire, il aurait présenté vers l'âge de 8 ans des tics au niveau du visage, qui exaspéraient sa mère, disparus avec une prescription médicamenteuse.

Madame T... a toujours beaucoup entouré son fils. Elle supportait mal les week end qu'il passait chez son ancien mari. Les contacts assez distants de Jean-Michel avec son père, personnalité assez rigide, plus ou moins obsessionnel, ne facilitaient pas pour lui l'évasion du milieu maternel assez étouffant. Jean-Michel redoutait de plus en plus les sorties chez son père, médiatisées par le travail scolaire, et génératrices d'angoisse, et avait peu à peu refusé d'y retourner.

Lors de son arrivée dans le service, Jean-Michel est apparu comme un adolescent d'apparence très soignée, d'aspect un peu nonchalant... Il s'est tout d'abord conformé strictement au mode de vie du groupe : aucun rituel de la toilette n'a été observé, simplement quelques lavages des mains assez fréquents. Il est tout d'abord resté très neutre dans ses relations avec les enfants et les adultes : passif dans toutes les situations, il acceptait les activités proposées quel que soit leur type, ses échanges verbaux

étaient assez réduits. Il s'est progressivement détendu, a pu établir quelques relations amicales avec des garçons de son âge, discuter et chahuter facilement avec eux.

Madame T... a vite mal supporté la séparation d'avec son fils, imposée dans un but de déconditionnement. Elle s'est rapidement déprimée, a exprimé de nombreuses revendications à notre égard, tenté à plusieurs reprises de voir son fils impulsivement, mettant ainsi en échec le programme thérapeutique envisagé. Elle n'avait jamais pu envisager en effet que son fils puisse vivre loin d'elle. Elle a été reçue très souvent afin de l'aider à surmonter cette phase dépressive, lui faire accepter la nécessité d'une prise en charge prolongée d'elle-même et de son fils. Elle a pu envisager quelques aménagements assez positifs de la réalité : reprendre un travail arrêté depuis 2 ans au décours du décès de sa propre mère, déménager prochainement pour une localité où elle serait moins isolée et plus proche de son lieu de travail et du lycée de son fils, établir de meilleures relations avec son ancien conjoint au sujet de leur fils. Les contactsqu'elle a pu avoir avec éducatrices et infirmières, l'observation du comportement de son fils avec les autres adolescents, à l'occasion des visites dans l'unité thérapeutique, lui ont permis malgré son ambivalence une prise de conscience partielle du peu d'autonomie qu'elle laissait à son fils et de l'état de dépendance important dans lequel elle le maintenait malgré son âge...

Monsieur T... est venu à plusieurs reprises voir son fils,

mais il est apparu peu apte à collaborer efficacement à l'orientation thérapeutique ultérieure de son fils du fait du conflit toujours aigu existant avec son ancienne femme, de son peu de disponibilité personnelle.

L'hospitalisation a facilité, grâce au déconditionnement réalisé, une disparition rapide des rituels obsessionnels présentés par Jean-Michel, une sédation de ses manifestations anxieuses, une amélioration symptomatique durable lors du retour dans le milieu familial. Une prise de conscience partielle de la signification de ses symptômes, de l'importance de ses difficultés relationnelles pouvait permettre d'espérer la mise en oeuvre d'une psychothérapie ultérieure dans de bonnes conditions. Une première tentative 6 mois avant son séjour hospitalier avait échoué ; Jean-Michel n'avait pas supporté l'unique et première séance ; il en était revenu très angoissé, rationnalisant que cela ne servait à rien.

Outre le déconditionnement réalisé et l'efficacité rapide au niveau des symptômes dominants, l'hospitalisation a ainsi permis de préparer l'adolescent et sa mère à l'éventualité d'une prise en charge psychothérapique prolongée.

Revu à plusieurs reprises à la consultation du service depuis sa sortie, il semblait que l'amélioration symptomatique était durable. Jean-Michel avait entrepris plusieurs activités sportives abandonnées depuis longtemps, établi quelques liens stables avec de nouveaux camarades, poursuivait ses études sans difficultés apparentes. Les rituels obsessionnels avaient pratiquement disparu et

la maturation de cet adolescent semblait se poursuivre dans des conditions assez satisfaisantes, malgré la gravité symptomatique des troubles qui avaient motivé l'hospitalisation. Une telle observation montre bien l'intérêt d'un déconditionnement rapide et son efficacité dans de tels cas.

Certains adolescents hospitalisés à l'occasion d'un épisode psychotique aigu ou d'une bouffée délirante aiguë ont pu bénéficier d'un traitement intensif et de courte durée dans un tel cadre, grâce à la grande disponibilité des soignants. De telles hospitalisations, utiles pour le traitement à court terme d'un épisode aigu, rapidement résolutif, ont semblé plus discutables lorsqu'il s'agissait de jeunes patients atteints d'états psychotiques chroniques décompensés du fait du cadre institutionnel bien particulier et de ses possibilités, mieux adapté à une pathologie aiguë et peu apte à une prise en charge institutionnelle au long cours de patients gravement perturbés.

Tel fut le cas de Manuel T..., 14 ans, hospitalisé durant un mois pour une bouffée délirante aiguë. Il venait d'être hospitalisé dans un service de pédiatrie pour un état subcomateux fébrile avec vomissements incessants. La négativité du bilan pratiqué, tant clinique que paraclinique, la bizarrerie de son comportement avaient orienté vers la possibilité d'une affection psychiatrique. Des périodes d'état stuporeux, d'apragmatisme alternaient avec des manifestations agressives intenses, difficilement contrôlables, où il invectivait son entourage.

Lors de son arrivée, il était véritablement cachectique, présentait un teint jaunâtre et terreux, des vomissements incessants, un refus alimentaire total et était dans un état stuporeux dont on ne pouvait le sortir. Ce cortège inquiétant avait à nouveau fait envisager la possibilité d'une étiologie organique à ses troubles. Durant les premiers jours, Manuel ne réagissait à aucune stimulation, ni verbale ni physique, "faisait le mort", pâle, raide, il tremblait continuellement, gémissait et pleurait. Lorsqu'il ouvrait les yeux, son regard d'une fixité étonnante exprimait une grande angoisse. Il agressait alors violemment verbalement la personne qui se trouvait à côté de lui, tenait des propos incohérents mais ne réclamait rien, refusait toute nourriture, tout apport extérieur. Il s'est peu à peu réalimenté en réclamant"du lait", sur un ton plaintif, il répétait des phrases incohérentes de façon stéréotypée. Il dormait beaucoup et semblait en proie durant ses phases d'éveil à un vécu confuso-

onirique très angoissant. Il dessinait des monstres dévorants, avait très peur du contact avec les soignants, mangeait sans cesse de façon compulsive comme pour neutraliser son angoisse. Bien que son délire soit resté très flou, non construit, les principaux thèmes avaient un contenu oral, destructeur et menaçant. Il se masturbait compulsivement, présentait de grandes bouffées d'angoisse où il réclamait en sanglottant sa mère ou la mort.

Cette bouffée confuso-onirique aiguë a cédé peu à peu avec l'aide d'une médication neuroleptique, le maternage et la présence quasi constante des soignants auprès de lui. Ses manifestations d'angoisse ont progressivement diminué pour laisser place à un état anxieux plus flou et labile. Il s'est levé, est sorti peu à peu de sa chambre pour se joindre au groupe des adolescents. Mais il conservait une attitude assez figée et raide. Son regard demeurait absent. Il pouvait difficilement établir un contact spontané avec les autres adolescents, nouer une relation privilégiée avec un adulte. Les premières visites de sa famille ont objectivé de façon manifeste le lien très étroit existant avec sa mère, dont son père semblait plus ou moins exclu.

Madame T... a semblé en effet vivre en étroite symbiose avec ses deux enfants : Manuel et sa soeur de 7 ans plus jeune. Elle nous a dit "n'avoir vécu et ne vivre que pour ses enfants", être pour eux d'un dévouement total, surtout lorsqu'ils étaient malades. Elle-même est apparue avec une problématique orale importante, un vécu presque

délirant des difficultés successives rencontrées avec son fils : difficultés alimentaires importantes de la petite enfance persistant encore sur un mode mineur, intolérance aux frustrations, colères clastiques intenses, conduites auto-punitives. Durant la quatrième année, au décours d'une appendicectomie, Manuel aurait présenté une bouffée confuso-onirique comparable, d'après la mère, à l'épisode actuel. Elle le décrivait comme un enfant fragile, souvent malade, assez passif et collé à elle, replié sur lui-même et se liant difficilement. Il était depuis quelques mois devenu agressif, s'isolait de plus en plus, restait assis de longues heures sur une chaise à ne rien faire, refusait toute activité, très dépressif.

Monsieur T... est apparu comme une personnalité également assez narcissique, s'isolant facilement dans des activités solitaires, mais capable d'une relation assez stable avec son fils qu'il emmenait fréquemment dans ses déplacements.

Les entretiens réguliers avec les parents ont facilité une dédramatisation des troubles présentés par Manuel, vécus de façon très angoissante par la famille. Certaines mobilisations des attitudes maternelles, une implication progressive du père furent possibles. Les relations que Madame T... pu établir avec les soignants, son attitude très particulière à l'égard de son fils lors des premières visites ont permis une meilleure appréhension du mode relationnel particulier à cette famille

Une sédation rapide de l'épisode confuso-onirique fut obtenue grâce à un traitement intensif, chimiothérapique, psychothérapique et institutionnel, dirigé plus individuellement vers cet adolescent et sa famille. Cette prise en charge régulière de Manuel et de ses parents se poursuivit régulièrement après sa sortie à la consultation du service. La proximité du domicile des parents facilitait cet aménagement indispensable pour suivre une évolution assez imprévisible et quelque peu "réservée".

L'hôpital général pédiatrique semble réaliser pour de tels cas un milieu intéressant. Son implantation dans la cité facilite l'aménagement d'un cadre de vie rassurant et dédramatisant, assez proche du cadre de vie habituel. Il permet une collaboration réelle avec les pédiatres et autres spécialistes de l'hôpital.

La continuité des soins par la même équipe psychiatrique, souvent difficile à réaliser pour des patients domiciliés loin de l'hôpital, fut ici facilitée par des conditions géographiques favorables. Dans nombre de cas cependant, des difficultés à ce niveau furent beaucoup plus importantes.

En effet, les adolescents adressés de province ou de lointaine banlieue, faute de l'existence d'une structure d'observation et d'orientation thérapeutique dans leur région ont souvent été source de nombreuses difficultés pour l'équipe soignante. Malgré le dynamisme de l'assistante sociale, l'orientation thérapeutique ultérieure en a souvent été compliquée ou rendue peu satisfaisante. L'éloignement géographique, les difficultés de collaboration avec les équipes psychiatriques locales favorisaient une certaine discontinuité de prise en charge de l'adolescent et de sa famille, orienté après sa sortie de l'hôpital vers d'autres structures.

Raphaël G..., 14 ans, fut ainsi hospitalisé dans le service durant quatre mois pour une phobie scolaire grave. A la suite d'une accusation de vol injustement portée contre lui par un professeur dans la petite ville de province où il vivait, il avait refusé obstinément toute fréquentation scolaire, était resté confiné chez lui avec sa mère, ne sortait pratiquement jamais depuis plusieurs mois. La situation s'éternisait d'autant que Madame G..., sa mère, y trouvait certaines gratifications. Une prise en charge ambulatoire s'avérait impossible : Raphaël refusait tout contact extérieur. L'hospitalisation a ainsi eu lieu dans un véritable climat"d'enlèvement", très représentatif de l'agressivité maternelle. Les circonstances particulièrement brutales de cette hospitalisation expliquaient en partie le comportement de Raphaël lors de son arrivée.

Derrière son attitude d'opposition passive, son mutisme, se cachait une grande angoisse et un désarroi profond. Il refusait tout contact et restait prostré dans sa chambre, fuyant ostenciblement le regard de l'interlocuteur, source d'angoisse importante. Un isolement du milieu familial, à visée déconditionnante, fut poursuivi un mois à la demande de Raphaël, très anxieux à l'idée de revoir ses parents trop précocément. C'est lui-même qui fixa d'ailleurs la date de sa première visite. Au bout de quelques jours, laissé très libre de choisir ses activités, il accepta peu à peu de se joindre au groupe des patients, tout d'abord en spectateur isolé, sans participer à leurs activités. Il établit peu à peu un contact timide avec les autres adolescents, puis les soignants de la salle, mais retrouvait très vite une attitude passive et défensive de repli sur lui-même lorsqu'un visage nouveau intervenait ou même l'observait. Après un refus systématique de toute activité d'expression plus ou moins projective, il s'autorisa à dessiner tout en détruisant ses productions, ne supportant pas qu'il en reste une trace. Il devint un élément plus dynamique dans le groupe des adolescents auquel il participait activement, se situait par rapport aux autres, intervenait pour donner son avis, ou même contre-dire. Peu à peu, les relations avec les adultes soignants sont devenues plus faciles et rassurantes. Une relation chaleureuse et structurante s'est nouée avec l'infirmière, très maternelle, de la salle. Vis à vis de l'éducatrice, personnage féminin plus jeune, il avait un comportement assez séducteur, l'appelait "sa fiancée", demandait à un jeune patient de jouer le rôle du prêtre pour les unir...

Cette attitude s'accompagnait d'un renversement fantasmatique de la situation conjugale particulière qu'il connaissait : l'homme devait avoir un comportement sadique, dominateur à l'égard de la femme.

Un état dépressif profond s'est exprimé de plus en plus au fil des jours. Il a pu verbaliser peu à peu sa peur de grandir, son désarroi devant son développement pubertaire naissant, ses difficultés identificatoires face à un père faible, continuellement bafoué par sa mère. Son désinvestissement initial de toute relation affective, son désir de mort et sa profonde angoisse vitale se réactivaient lors de cauchemars toujours identiques qui le réveillaient plusieurs fois dans la nuit, très angoissé : des thèmes de mort, de monstres angoissants y revenaient souvent. Une agressivité fortement culpabilisée à l'égard de ses parents, de sa mère qui l'avait fait hospitaliser contre son gré a pu s'exprimer peu à peu. Il l'a d'ailleurs projetée progressivement sur le milieu hospitalier assez tolérant, représentation moins angoissante que celle de l'agressivité maternelle.

Monsieur et Madame G... sont apparus comme un couple assez particulier. Malgré la distance géographique, ils vinrent très régulièrement, une fois par semaine, à des entretiens dont ils semblaient avoir une demande assez authentique. Madame G..., personnalité quasi psychotique, présentait des projections agressives intenses, défensives, contre une angoisse et une dépression sous-jacente tout aussi importantes.Elle a très mal supporté la séparation d'avec son

fils, en début d'hospitalisation, s'est déprimée de façon importante en s'identifiant à lui. Cet état dépressif a nécessité une attitude de soutien importante de la part de l'équipe soignante. Par la suite, il a été possible à Madame G... de verbaliser ses difficultés relationnelles avec son mari et ses enfants, bien que certaines prises de conscience partielles aient été rapidement reprises dans son système défensif, rationnalisant, moralisateur, plus ou moins dénégateur. Sa relation à sa propre mère semble avoir été très étroite, très ambivalente, hantée par le spectre d'un frère plus jeune étiqueté "malade mental" et assez désinséré socialement.

Monsieur G..., militaire de carrière, issu d'une famille de paysans pauvres, personnalité assez fruste, immature, passif et masochique semblait totalement évincé, dévalorisé par sa femme dans son rôle paternel. La carrière militaire qu'il avait choisie représentait pour lui une certaine promotion sociale, lui fournissant également un lieu d'évasion indispensable d'un milieu familial étouffant, seul rempart possible contre l'agressivité de sa conjointe. Reçu régulièrement avec sa femme, il a réussi à prendre la parole pour tenter de verbaliser de façon maladroite l'inadéquation existant entre eux, leur incompréhension mutuelle, l'agressivité de sa femme sans cesse agissante. Madame G... n'aimait guère recevoir et sortir, préférant la compagnie de "vieilles femmes", et ils vivaient ainsi dans un cercle familial très étroit avec leurs deux enfants. Les entretiens leur ont permis une certaine prise de conscience de leurs difficultés personnelles et mutuelles ainsi que de l'importance des difficultés relationnelles de leurs deux

enfants. Le frère cadet de Raphaël, Alexandre, avait également des difficultés relationnelles et affectives importantes, d'après le discours maternel.

Après la période d'isolement initial, les visites des parents eurent lieu au rythme d'une fois par semaine, non sans quelque agressivité de part et d'autre les premiers temps. La relation de Madame G... avec l'éducatrice fut très particulière, à la fois rivale et séductrice, sur un mode homosexuel assez manifeste. Les entretiens fréquents qu'elle a pu avoir avec les soignants, assez tolérants à son égard, lui ont permis d'accepter l'hospitalisation de son fils et de ne pas trop entraver "inconsciemment" les efforts thérapeutiques entrepris. La situation familiale s'est peu à peu détendue et notamment entre les conjoints. Les sorties de Raphaël avec ses parents ont été possibles régulièrement dans Paris, le valorisant beaucoup par rapport à son frère cadet qui en était exclu.

Cette hospitalisation a permis, à la faveur de la crise aiguë familiale consécutive à l'hospitalisation, de mobiliser suffisamment Raphaël et sa famille pour préparer dans de bonnes conditions une prise en charge ultérieure prolongée, en faire comprendre et accepter la nécessité à la famille. Cependant, les conditions brutales de cette hospitalisation, imposée à ce patient contre son gré, sans qu'il en soit averti, ont mis l'équipe soignante dans une situation particulièrement difficile. L'évolution de Raphaël durant son hospi-

talisation a été malgré tout assez positive, grâce aux relations interpersonnelles structurantes qu'il a pu nouer avec les adultes soignants et les autres adolescents, à certaines valorisations narcissiques apportées lors de son séjour hospitalier.

De très grandes difficultés ont surgi pour envisager l'orientation thérapeutique ultérieure de ce patient. En effet, le traitement intensif de jour en collaboration étroite avec la famille, idéalement souhaitable dans une institution libérale et souple, avec prise en charge psychothérapique de Raphaël et de sa famille, n'a pas été possible faute de structure adaptée dans sa région. Un internat suffisamment thérapeutique avec prise en charge psychothérapique a été très difficile à "trouver" dans une région proche de celle du domicile de ses parents, allongeant inutilement la durée de l'hospitalisation.

Cette observation nous a semblé assez représentative des difficultés rencontrées lors du traitement des patients d'origine géographique lointaine, le plus souvent cas lourds et complexes, adressés à Paris faute de structure de soins locale adéquate. Les difficultés de collaboration avec la famille, l'orientation thérapeutique ultérieure en sont considérablement accrues. Une mise en application réelle de la politique de sectorisation avec création d'établissements de suite pour adolescents en nombre suffisant dans

toutes les régions pourrait peut être permettre d'éviter ces écueils. En attendant, face à une demande considérable et croissante, lesserviceshospitaliers de psychiatrie infanto-juvénile, en nombre encore restreint, ne peuvent toujours y faire face dans les meilleures conditions pour le patient comme pour sa famille.

La prise en charge des adolescentes anorectiques a donné lieu à des modalités de soins particulières, repensées en permanence face à chaque cas, grâce à l'importante expérience clinique et la formation particulière de l'équipe soignante vis à vis de ces patientes. On a pu dire à juste titre que cette unité thérapeutique était spécialisée au sein du service dans les soins hospitaliers apportés à ces patientes difficiles. Sur les 10 adolescents hospitalisés, on pouvait recenser presque en permanence 2 ou 3 adolescentes anorectiques, ce qui ne manquait pas de poser des problèmes de fonctionnement pour le groupe des adolescents du fait du comportement très particulier de ces adolescentes. Elles s'isolaient facilement ou réalisaient un bloc d'inertie face aux autres adolescents ou aux soignants de la salle, comportement souvent angoissant et difficile à supporter, générateur de manifestations agressives défensives à leur égard. Ces patientes furent hospitalisées le plus souvent dans un état physiologique précaire : très dénutries, avec un amaigrissement important, une fonte musculaire

notable, des troubles des phanères, des désordres hydroélectrolytiques secondaires à la restriction alimentaire. Leur état émotionnel était le plus souvent tout aussi inquiétant. Leur extrême tension contrôlait à grand peine un état dépressif et une angoisse sous-jacente importante. Les conditions mêmes de l'hospitalisation furent parfois défavorables du fait de la non collaboration de ces patientes déniant farouchement leur état et la nécessité d'une hospitalisation. Parfois plus faciles lorsque l'hospitalisation venait jalonner un traitement psychothérapique ambulatoire et s'était faite sur leur demande. La formation particulière et la réflexion de l'équipe soignante, la grande habitude d'un travail d'équipe multipliant les échanges interpersonnels a pu éviter une implication personnelle trop proche et risquant d'être angoissante avec ces patientes. Elle a le plus souvent conduit à dédramatiser les deux symptômes les plus angoissants que représentent l'extrême maigreur et le symptôme anorectique, dans un climat de neutralité tolérant et chaleureux. Ceci a été bien souvent à l'origine, pour l'anorectique, d'une prise de distance par rapport à ses symptômes, et un contexte familial souvent fortement décompensé à l'occasion du symptôme anorectique, de son cortège et de l'intolérance qu'il avait entraîné pour l'entourage. Il a toujours semblé important d'expliciter dès l'arrivée à ces patientes le sens du traitement, des mesures d'isolement initial et d'obtenir chez ces patientes un certain degré de détente corporelle et émotionnelle, une acceptation première de leur corps. La reprise de l'alimentation a souvent été facilitée par la présence attentive d'une infirmière,

veillant à éviter un gavage inutile et angoissant, et à présenter les aliments de façon agréable et variée, sans épreuve de force, avec certaine réassurance verbale sur le sens de l'appétit, la réalité du corps. La courbe de poids fut habituellement utilisée comme élément de réalité, jalonnant les possibilités d'activités peu à peu élargies et variées au sein de l'institution. Durant la période de repos initiale dans leur chambre, justifié par leur état physique précaire, des entretiens psychothérapiques réguliers, deux ou trois fois par semaine, des contacts fréquents avec les soignants de la salle, un abord de leur corps par des techniques variées, massages, relaxation, bains par exemple, préparaient la participation ultérieure progressive et graduée à la vie de l'unité thérapeutique et au groupe des adolescents ; puis les visites des familles et les sorties hors de l'hôpital avant la sortie défintive. Il leur fut souvent difficile d'établir des contacts avec les autres adolescents, d'investir des modes d'expression personnelle, de s'impliquer dans la vie du groupe.

Les contacts avec les parents ont été un temps particulièrement important ; les entretiens psychiatriques réguliers d'impact variable selon les cas, les contacts directs ou téléphoniques avec une éducatrice ou une infirmière ont permis réassurance et dédramatisation durant la période d'isolement initiale, conjointement à l'abord progressif des difficultés personnelles des parents. Les premières visites des parents réactivaient parfois les conflits familiaux et les difficultés relationnelles de part et

d'autre, cap souvent difficile à passer. La disponibilité des membres de l'équipe soignante a permis de maintenir le dialogue à un niveau de réalité, d'expliciter les modalités de prise en charge, les progrès de la patiente, et d'éviter ainsi des ruptures thérapeutiques brutales, des sorties prématurées.

Grâce aux relations privilégiées qui s'établissaient sur un mode nouveau avec les soignants, l'hospitalisation a parfois permis à ces patientes d'abandonner leur symptôme, grâce à l'abord nouveau, dynamique et vivant réalisé dans l'unité thérapeutique. L'investissement dans de telles conditions d'une relation psychothérapique a favorisé l'instauration d'un mode relationnel différent et facilité sa poursuite ambulatoire ultérieure avec le même psychothérapeute.

Telle cette adolescente de 13 ans, Corinne E..., hospitalisée à la demande de sa psychothérapeute dans le but de l'aider à passer un cap difficile et d'établir une relation thérapeutique suivie avec sa famille. La psychothérapie ambulatoire était en effet rendue difficile par les conditions peu sécurisantes dans lesquelles vivait cette jeune adolescente pré-pubère. Elle était à cette époque tiraillée entre les désirs contradictoires des deux couples antagonistes que représentaient pour elle ses grands parents maternels et ses propres parents. Corinne avait en effet été élevée par

ses grands parents maternels depuis son plus jeune âge et ne retournait chez ses parents, logés de façon précaire dans une seule pièce, que pour les week end. Cet état de fait avait été décidé après la naissance de Corinne par Madame E... sa mère. Elle avait très peur alors d'infliger à sa fille la même solitude qu'elle avait connue durant son enfance, lorsque sa mère travaillait comme coiffeuse, métier qu'elle exerce également. Elle avait ainsi confié sa fille unique à sa mère, malgré l'avis peu favorable de son mari à cet égard. Les relations de dépendance très ambivalentes qu'entretenait Madame E... avec sa propre mère expliquaient en partie la complexité et la difficulté des relations familiales. Monsieur E..., le père de Corinne, semblait s'être senti peu à peu exclu de cette relation très étroite mère-fille, d'autant qu'il était assez mal accepté par sa belle famille. Il avait quelque peu "abdiqué" son rôle de père à l'égard de sa fille.

On comprend facilement que lors de son hospitalisation Corinne ait eu quelques difficultés à se repérer et se situer dans une situation familiale aussi complexe et conflictuelle.

L'anorexie de Corinne survenue dans "un ciel serein" remontait à un an environ : elle était jusqu'alors "sage, affectueuse, élève brillante". L'anorexie s'était complétée depuis quelques mois par un amaigrissement important, des manifestations agressives inhabituelles, un état dépressif. Ces symptômes avaient cristallisé la décompensation familiale, surtout de sa mère et de sa grand mère, les plus concernées.

Madame E... était totalement désemparée lors de l'hospitalisation de Corinne, très culpabilisée de ne pas avoir élevée sa fille elle-même, de trouver des satisfactions bien naturelles à son métier de coiffeuse, et d'une période dépressive antérieure où elle s'était beaucoup occupée d'une grand mère mourante, délaissant sa fille qui le lui avait reproché vivement. Elle a relaté avec beaucoup de tristesse une enfance pénible, marquée de frustrations importantes, sa relation très ambivalente à sa mère. Elle souhaitait reprendre sa fille chez elle tout en ayant très peur d'oser "l'enlever à sa mère", et rationnalisait sur des difficultés de logement.

Monsieur E... semblait quant à lui, plus décidé à reprendre sa fille, malgré les difficultés matérielles.

La grand mère de Corinne, "sa mère nourricière", a rapidement réclamé d'être reçue au même titre que sa fille. Personnalité assez possessive, elle semblait maintenir autour de Corinne un climat d'hyperprotection mal tempéré par les attitudes d'un mari faible dont le rôle vis à vis de Corinne était plus celui d'un substitut maternel. Elle s'est montrée très agressive à l'égard de son gendre, verbalisait facilement "qu'il ne faisait plus rien, qu'il glissait dans la débauche", "qu'il n'avait jamais supporté sa fille, même lorsqu'elle était toute petite". Elle avait très peur que l'hospitalisation de Corinne n'aboutisse à "la lui enlever", d'où une certaine agressivité à l'égard des membres de l'équipe.

On comprend l'angoisse de Corinne et son désarroi face à l'incohérence de telles attitudes. Lors de son arrivée, elle était ainsi très dépressive, pleurait facilement et verbalisait difficilement ses affects. Elle restait très isolée. Son état dépressif et son extrême tension initiale ont progressivement diminué durant la période d'isolement, plus ou moins facilitée par des médications anxiolytiques, des techniques d'abord de son corps, et la présence attentive des soignants. Les contacts chaleureux et rassurants qu'elle a pu établir avec eux, les entretiens psychothérapiques poursuivis avec sa psychothérapeute trois fois par semaine, lui ont permis d'établir un mode relationnel différent de celui qui passait jusqu'alors par ses symptômes. Son attitude est cependant demeurée assez conformiste durant son séjour. La reprise de l'alimentation et du poids s'est faite régulièrement, le comportement anorectique a d'ailleurs fait place à quelques réactions boulimiques, témoin de l'importance de ses fixations orales. Mais son discours est demeuré assez pauvre, avec une grande difficulté à aborder ses symptômes, les sources de conflit, les inquiétudes sur son corps et la situation familiale particulière. Elle restait préoccupée par le choix implicite que lui imposaient ses parents et grands parents : retourner chez ses grands parents "comme avant", ou aller vivre avec ses parents malgré les conditions matérielles précaires. Elle percevait plus ou moins inconsciemment l'enjeu dont elle était l'objet et ce choix impossible renforçait ses difficultés. La vie au sein du groupe des autres adolescents lui a permis quelques ouvertures extra-familiales. Elle consacrait jusqu'alors tous ses loisirs à son

travail scolaire, avait peu d'amies, sortait peu, très fixée à sa mère et à sa grand mère. Elle a pu se joindre aux autres adolescents pour des activités, des réalisations communes, avec un certain plaisir. Ses activités et productions créatrices ont été cependant limitées par ses inhibitions.

Les premières visites et les premières sorties hors de l'hôpital se déroulèrent dans d'assez bonnes conditions. La primauté fut donnée par l'institution aux parents de Corinne. Elles eurent des aspects très positifs, notamment par le contact chaleureux et dynamique que Monsieur E..., valorisé dans son rôle paternel, put établir avec sa fille, tempérant l'état dépressif de sa femme. Le conflit familial était cependant loin d'être résolu lorsque la sortie de Corinne fut proche.

Un séjour dans un établissement assez tolérant, loin du milieu familial, fut temporairement décidé pour consolider durant cette période l'amélioration symptomatique de Corinne et espérer mobiliser suffisamment la situation familiale, à la faveur d'entretiens réguliers avec parents et grands parents pour aboutir à un compromis acceptable entre eux.

Nous voudrions souligner pour terminer, l'intérêt que présente une telle unité d'hospitalisation pour adolescents posant des problèmes psychopathologiques,dans un hôpital général pédiatrique.

Le programme thérapeutique réalisé s'efforce, nous l'avons vu, de normaliser au maximum la vie de l'adolescent au sein de l'hôpital, avec un minimum de dépaysement par rapport à son mode de vie habituel. L'hôpital général pédiatrique a en cela l'avantage de fournir un milieu assez libéral, foncièrement axé sur l'adolescent normal, dépsychiatrisant les troubles au maximum. L'hospitalisation conçue comme une étape la moins prolongée possible du traitement de l'adolescent a permis dans bien des cas un "déconditionnement réel" de relations pathologiques antérieurement établies dans le milieu familial ou social, et une réinsertion assez rapide. La dédramatisation des manifestations somatiques ou des troubles du comportement ainsi réalisée a pu aider l'adolescent à se révéler "différent" à lui-même et aux autres grâce à la disparition du symptôme dominant somatique ou mental durant l'hospitalisation, la libération de possibilités dynamiques nouvelles.

" La psychothérapie par le groupe" constitue un élément dynamique important grâce aux modalités relationnelles différentes qu'elle permet, aux apports nouveaux qu'elle comporte pour l'adolescent, point de départ de gratifications narcissiques valorisantes et d'une meilleure confiance en ses possibilités.

L'hospitalisation a bien souvent été à l'origine pour les parents d'une situation nouvelle assez critique, de désarroi profond par exemple. A la faveur d'entretiens réguliers et très ouverts, des remaniements souvent durables dans les attitudes parentales, une participation plus active au traitement de leur enfant, une collaboration réelle après la sortie ont pu être obtenus. Les visites des familles jalonnant le séjour hospitalier furent l'occasion d'objectiver l'évolution des parents face à leur enfant. Ultérieurement, les sorties des adolescents dans leur famille durant les week end, tout en préparant la réinsertion, empêchaient l'adolescent de se réfugier trop régressivement dans l'atmosphère parfois faussement sécurisante du milieu hospitalier.

Quant au rapprochement avec les pédiatres, facilité par les conditions d'implantation, il a permis une meilleure qualité de la pratique clinique dans les deux sens. En offrant une gamme complète de soins, grâce à un accès facile sous forme de consultations à de nombreux spécialistes : O.R.L., stomatologie, ophtalmologie par exemple, à tous les services de laboratoire, de radiologie, d'électroencéphalographie et les services de recherche clinique pédiatrique de l'hôpital, un tel milieu représente un apport assez stimulant pour les psychiatres. De tels échanges ont souvent été précieux pour les adolescents présentant une pathologie mixte et complexe : déficit intellectuel ou perturbations affectives associés à des lésions organiques, maladies psychosomatiques par exemple. Du fait de l'existence d'un service de psychiatrie dans

l'hôpital et des échanges réalisés, les pédiatres étaient plus conscients de la symptomatologie présentée par certains de leurs patients, d'où des possibilités de dépistage et de traitement plus précoces et efficaces. Des recherches multidisciplinaires ont été facilitées par cette collaboration de cliniciens ayant des intérêts et des modes d'approche très divers. La recherche en psychiatrie de l'enfant a pu en bénéficier dans de nombreux cas, en ce qui concerne par exemple les modes d'approche hospitalière des anorexies mentales, certains cas d'encoprésie complexes avec intrication organique, les problèmes délicats soulevés par les ambiguités sexuelles.

Cependant, du fait même de son implantation dans un hôpital général pédiatrique, une telle structure de soins ne peut s'adresser qu'à des pré-adolescents et des adolescents assez jeunes qui n'ont pas plus de 15-16 ans et ne présentent pas de désordres psychopathologiques trop lourds. Ceci nécessiterait le recours à un séjour hospitalier à plus long terme, un équipement technique en personnel et en matériel beaucoup plus coûteux. Le climat même du centre hospitalier conçu pour des enfants ne pourrait convenir à des adolescents plus âgés. Des ressources thérapeutiques mieux adaptées à leurs besoins et leurs intérêts sociaux devraient comporter de plus larges possibilités d'ouverture vers la cité et d'accueil dans les milieux récréatifs et pédagogiques normaux avoisinants, une gamme plus élargie et diversifiée d'activités occupationnelles, pédagogiques et de formation professionnelle.

La grande dispersion du recrutement géographique, l'éloignement fréquent du domicile des patients ne permettent pas dans certains cas la continuité souhaitable des soins par la même équipe psychiatrique. La coordination nécessaire avec les équipes psychiatriques extra-hospitalières d'enfants et d'adultes en est rendue souvent assez difficile.

Le remaniement prochain d'un tel service en vue d'assurer les soins psychiatriques de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile du 20ème arrondissement, les réflexions qu'il suscite, les nouvelles réalisations qui vont s'imposer permettront probablement de pallier ces aléas et de réaliser une meilleure continuité des soins, une réponse plus adaptée aux problèmes de psychopathologie adolescente.

CHAPITRE II

DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT

DU SERVICE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

DE LA SALPETRIERE DANS L'ABORD DES ADOLESCENTS

II

Nous envisagerons maintenant les modalités particulières d'hospitalisation des adolescents dans le service du Professeur DUCHE à la Salpêtrière.

Ce service, siège de la Chaire de spécialité depuis 1948, riche de sa contribution à l'amélioration des connaissances par les spécialistes qu'il a formés, a développé sous l'impulsion de ses chefs successifs, les Professeurs G. HEUYER et L. MICHAUX, des modalités précocément originales de soins, pour les adolescents comme pour les enfants.

Longtemps seul service de neuro-psychiatrie infantile, précocément ouvert (1943), il disposa rapidement de possibilités importantes de soins ambulatoires très spécialisés et d'un dispositif d'hospitalisation en continuelle progression. L'aménagement des modalités d'hospitalisation pour les adolescents se situe ainsi dans un courant de recherches concernant les soins psychiatriques à assurer aux jeunes patients à l'hôpital. De nombreux spécialistes de disciplines diverses ont contribué par leurs travaux à cette évolution.

Sous la direction de son chef de service actuel, le Professeur D.J. DUCHE, des orientations nouvelles se dégagent, guidées par les

préoccupations essentielles de traiter les jeunes patients plus près de leur milieu naturel et de parfaire la continuité des soins. A ces préoccupations s'ajoutent, en s'y confondant en partie, celles de contribuer aux soins psychiatriques d'un secteur géodémographique donné : l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile du 12ème arrondissement.

Tout ceci va imposer des réalisations nouvelles, qui débordent largement le seul domaine médical et hospitalier et mettront en oeuvre des compétences multiples.

Nous nous efforcerons de dégager quelques éléments qui nous ont semblé propres au fonctionnement de ce service, dans les modalités de soins hospitaliers assurés aux adolescents, durant l'année où nous y avons été interne.

Les adolescents hospitalisés n'y sont en effet pas groupés dans une structure de soins qui leur soit propre, mais répartis de façon variable dans deux pavillons de fonctionnement relativement autonome :

- avec les enfants en période de latence d'une part ;
- et les adultes d'autre part.

Quelle que soit la structure hospitalière d'accueil, semble s'être dégagée peu à peu la nécessité de ressources thérapeutiques particulières, mieux adaptées à leurs besoins socio-culturels.

Le projet actuel : aménager plusieurs unités d'hospitalisation pour cette période de la vie, devrait permettre une souplesse encore plus grande de fonctionnement, en élargissant les possibilités offertes aux adolescents hospitalisés.

Nous décrirons successivement :

- le fonctionnement actuel de l'appareil de dépistage et de cure ambulatoire ;
- les modalités d'hospitalisation des adolescents et les principaux cadres psychopathologiques rencontrés ;
- puis le fonctionnement propre à chacun des pavillons dans l'abord de leur population adolescente, à l'aide de quelques cas cliniques.

Nous insisterons sur l'effort actuellement entrepris pour réaliser un programme commun éducatif et pédagogique mieux adapté aux besoins d'adolescents de tous âges.

Après cette description permettant de mieux situer les diverses structures à réaménager, nous tenterons de dégager de façon plus générale les éléments qui nous paraissent favorables à l'individualisation prochaine, au sein de ce service, de plusieurs unités d'hospitalisation pour adolescents des deux sexes.

Les consultations hospitalières externes se sont développées depuis longtemps pour assurer des modalités de soins ambulatoires intensifs et diversifiés. Elles permettent, grâce à la collaboration active de nombreux spécialistes de disciplines diverses qui travaillent en équipes coordonnées, de prévenir un pourcentage important d'hospitalisations, par des soins ambulatoires précoces et intensifs et d'assurer la continuité des soins après l'hospitalisation. Le psychiatre consultant peut ainsi bénéficier lors du bilan d'orientation diagnostique et thérapeutique du concours de nombreux spécialistes, de la psychomotricité, de phoniâtres, de pédiatres, d'épileptologues, d'endocrinologues, de biologistes par exemple. Les nombreuses possibilités d'investigations complémentaires très spécialisées dont dispose un hôpital général sont également précieuses et permettent d'éviter de recourir à une hospitalisation pour bilan diagnostique, peu souhaitable dans de nombreux cas.

Le recours aux tests psychométriques est facilité par la présence de psychologues en nombre. Elles peuvent bénéficier de possibilités d'enseignement et de recherche dans le cadre du laboratoire de psychologie de la Salpêtrière.

Les psychothérapies ambulatoires sont assurées par deux équipes de psychothérapeutes qui travaillent en coordination avec trois psychanalystes auprès desquels ils peuvent trouver une formation complémentaire.

Les diverses séances de rééducation à médiation instrumentale, d'expression corporelle, relaxation par exemple, sont coordonnées autour de médecins spécialistes qui collaborent avec les autres consultants.

Plusieurs réunions hebdomadaires permettent l'abord synthétique des cas difficiles et complexes. Les décisions d'orientation thérapeutique y sont prises en commun, en fonction des informations complémentaires fournies par chacun.

La participation active d'une assistante sociale permet un aménagement conjoint des conditions sociales et lorsque cela est nécessaire, d'orienter l'adolescent vers un établissement extra-hospitalier à séjour partiel, le plus proche possible du domicile familial, évitant là encore une hospitalisation préalable pour bilan diagnostique.

Le recours à une aide pédagogique spécialisée est facilitée par l'existence dans le cadre de l'Ecole à l'Hôpital, d'une "classe externe" ouverte aux patients suivis en ambulatoire, avec le concours d'un enseignant à temps complet et divers professeurs de langueset sciences.

Ces consultations hospitalières externes, développées depuis longtemps, permettent de répondre en partie à une demande considérable. L'augmentationsensible du nombre de consultants en

est le témoin : ainsi, en 1962, 9.561 patients furent suivis en consultation ; en 1968, 13.573 ; en 1970, 12.970... ; soit une moyenne journalière de 40 consultants environ.

Mais de telles modalités de soins externes ont des limites, tenant à de nombreux facteurs : parcellisation de l'abord thérapeutique, difficultés d'assurer des thérapeutiques collectives, particulièrement utiles pour certains adolescents, insuffisance des possibilités d'ouverture et de collaboration avec les structures extra-hospitalières, tenant à l'isolement et à l'organisation encore hospitalocentrique d'un tel centre de dépistage, de traitement ambulatoire et de post-cure.

C'est pourquoi il doit s'élargir, s'ouvrir vers d'autres structures extra-hospitalières plus proches de la communauté, et réaliser les articulations indispensables avec les divers services et institutions de la collectivité, concernés par les adolescents en difficulté :

- centres de dépistage et de cure ambulatoire multidisciplinaires de la cité ;
- tribunaux pour enfants et consultations d'orientation éducative ;
- établissements pédagogiques et de formation professionnelle ;
- institutions spécialisées à séjours continus ou partiels, établissements de suite pour adolescents ;
- hôpitaux psychiatriques...

Une coordination étroite avec ces diverses structures et les équipes psychiatriques d'adultes permettra de mieux harmoniser les actions entreprises pour une meilleure continuité des soins.

Ce service est actuellement confronté à une demande particulière : il reçoit un grand nombre d'enfants et d'adolescents de tous âges qui présentent des troubles psychopathologiques volontiers sévères et complexes. Ceci tient en partie à la carence en structures de soins suffisamment adaptées et nombreuses dans bien des régions, situation particulièrement aiguë pour les adolescents, au statut hospitalo-universitaire d'un tel service et aux charges qui lui incombent.

En effet, très schématiquement :

- un tiers des patients hospitalisés sont domiciliés en province ;
- un tiers dans les départements de moyenne et lointaine banlieue de la région parisienne ;
- un tiers seulement dans les arrondissements parisiens.
- Enfin, quelques cas proviennent de l'étranger.

Cette dispersion géographique du recrutement pose des problèmes souvent délicats dont nous reparlerons.

Il est très rare que l'adolescent vienne de lui-même demander une aide psychologique. Le plus souvent, les demandes

d'hospitalisation sont indirectes et proviennent :

- souvent des médecins consultants ou qui travaillent dans le service : psychiatres, psychothérapeutes, divers spécialistes vacataires, ou des psychologues ;

- parfois directement des parents eux-mêmes ou des médecins omnipraticiens ;

- volontiers de pédiatres, neurologues ou autres spécialistes de l'hôpital qui demandent la prise en charge ou le transfert d'un adolescent soigné ou hospitalisé dans un autre service de l'hôpital ;

- plus rarement de psychiatres démunis de structures adéquates dans leur région ou à la demande du juge pour enfants ou des consultations d'orientation éducative.

Les adolescents sont rarement hospitalisés en urgence, mais en règle après une consultation psychiatrique préalable, le plus souvent hospitalière. Ce premier entretien avec l'adolescent et sa famille permet de préparer l'hospitalisation et d'en mieux peser les indications, en tenant compte des motivations personnelles de l'adolescent et des possibilités de collaboration avec la famille.

Eviter et prévenir l'hospitalisation à cet âge y demeure un souci constant. En effet, les inconvénients non

négligeables d'une telle mesure sont parfois en contradiction avec les bénéfices attendus. L'hospitalisation peut résoudre certains problèmes pour en créer d'autres ; elle désinsère parfois le jeune patient de son cadre existentiel pour le placer dans un milieu artificiel, plus ou moins adapté à ses besoins actuels, à une observation satisfaisante comme à un traitement prolongé dans ce cadre. Elle risque de rompre ainsi un équilibre fragile qu'il est souvent difficile par la suite de rétablir. L'hospitalisation n'est donc décidée qu'en dernier ressort, devant des cas particulièrement lourds ou graves d'emblée, volontiers après échec d'autres modalités de soins ambulatoires, ou dans un climat"de semi-urgence médico-sociale". Le traitement du patient dans son milieu familial et socio-professionnel s'avère impossible ou insuffisant. L'adolescent est hospitalisé en vue d'un projet diagnostique et thérapeutique relativement précis à court terme et dans l'espoir de réaliser une réintégration au plus près de la normale et dans les meilleurs délais possibles, grâce à une collaboration efficace avec la famille, l'école et le milieu socio-professionnel.

Des désadaptations aiguës, sociales, scolaires ou familiales : phobies scolaires, anorexies mentales par exemple ; des épisodes psychopathologiques aigus, souvent compliqués de situations sociales ou familiales particulières représentent des motifs fréquents d'hospitalisation : syndromes dépressifs importants avec ou sans tentative de suicide ; troubles du comportement sévères avec parfois actes délictueux, fugues, auto et hétéro-agressivité ; manifestations psychopathiques diverses ; épisodes confusionnels ou délirants aigus.

Ces symptômes d'appel recouvrent des troubles psychopathologiques très divers. Nous avons regroupé, sans vouloir être exhaustive, les principaux cadres psychopathologiques rencontrés :

- affections psychopathologiques, dépistées et soignées depuis l'enfance dans le service : par exemple états pré-psychotiques, psychotiques ou névrotiques graves, comitialité.

Ces jeunes patients devenus adolescents ont généralement été réhospitalisés à l'occasion d'un épisode aigu, d'une intolérance accrue de leur entourage ou aux troubles psychopathologiques souvent bruyants à cette période de la vie. Parfois, du fait de l'inexistance actuelle d'autres structures d'accueil, plus proches de leur cadre de vie habituel.

- Troubles graves de la personnalité atteignant divers aspects de son développement : pré-psychoses ou dysharmonies d'évolution. Il s'agissait souvent de la première hospitalisation révélatrice, à l'occasion d'une désadaptation aiguë.

- Adolescents marqués par des carences affectives sévères et ayant des troubles relationnels complexes et graves.

- Adolescents psychotiques hospitalisés lors d'un épisode confusionnel ou délirant. L'hospitalisation a pu être l'occasion de découvrir un état schizophrénique, ou jalonnait le traitement ambulatoire d'une psychose déjà soignée.

- Associations diverses de perturbations affectives à des déficits fonctionnels, intellectuels, moteurs ou sensoriels plus ou moins importants ; ou encore à des manifestations comitiales ou perturbations somatiques, détériorant gravement les conditions psycho-sociales de ces adolescents, par exemple manifestations post-traumatiques ou post-encéphalitiques.

- Plus rarement, adolescents présentant des troubles scolaires ou du comportement d'apparence moins sévère.

- Les délinquants hospitalisés pour un bilan psycho-pathologique approfondi sont fréquemment à l'origine de difficultés particulières. Lors de la consultation préalable, il importe par exemple de percevoir le désir de certains parents d'hospitaliser temporairement leur enfant pour "couvrir" une histoire médico-légale récente et de ne pas recourir dans de tels cas à une hospitalisation peu souhaitable...

Il semble indispensable de pouvoir offrir à ces adolescents un cadre de vie suffisamment structuré où la loi ait sa place. Souvent immatures, parfois organisés sur un mode plus franchement névrotique, psychopathique ou psychotique, ces délinquants peuvent bénéficier d'une prise en charge psychiatrique active durant leur séjour hospitalier et ultérieurement. Le travail thérapeutique orienté vers la famille, les solutions aménagées ont comme objectif principal d'éviter de psychiatriser ces adolescents. Des

aménagements de la réalité représentent souvent la mesure thérapeutique la plus efficace : mesure éducative spécialisée, séjour temporaire dans un internat thérapeutique par exemple.

Les adolescents sont hospitalisés, nous l'avons dit, de façon variable, non systématisée, dans deux pavillons de fonctionnement un peu différent. Nous envisagerons les particularités de fonctionnement de chacun d'eux : locaux, équipes soignantes, fonctionnement institutionnel, avant d'aborder l'effort entrepris pour offrir aux adolescents des ressources thérapeutiques communes, utilisables par tous, quel que soit leur lieu d'hébergement.

Le pavillon Esquirol comporte 80 lits d'hospitalisation et peut accueillir des pré-adolescents et adolescents avec les enfants d'âge scolaire. Comme pour tous les services d'enfants à l'Assistance Publique, la limite d'âge administrative est théoriquement fixée à 15 ans. Le pavillon est totalement ouvert, mais les locaux restent assez vétustes et tristes, et doivent être réaménagés prochainement. Deux dortoirs semi-boxés de 12 lits, respectivement pour garçons et filles peuvent accueillir des adolescents ainsi que 8 chambres individuelles regroupées. Les locaux sanitaires, les salles à manger, les locaux pédagogiques ainsi qu'une grande salle de jeux sont utilisés par l'ensemble des patients. Enfin, deux

terrains de jeux qui ressemblent à de tristes"cours d'école", jouxtent les bâtiments. On pourrait distinguer, peut être un peu artificiellement,

- les zones d'activités libres qui correspondent grosso modo dans la journée aux chambres, aux couloirs, aux cours extérieures et aux pourtours des bâtiments ;

- les zones d'activités éducatives, assez dispersées du fait même de l'exiguité des locaux : salles de jeux, atelier de poterie, sallesà manger lorsqu'elles sont disponibles, cours extérieures en fonction du temps et de la saison. Les activités extra-hospitalières, dans la cité, les sorties organisées "extra-muros" avec éducateurs et infirmiers ont lieu de plus en plus fréquemment. Outre l'ouverture extérieure essentielle qu'elles apportent, elles permettent de pallier en partie ces difficultés.

- Les locaux pédagogiques comprennent trois petites salles de classe, une salle plus vaste utilisable pour des techniques corporelles en groupe et les exercices d'éducation physique, les salles à manger en dehors des repas, le bureau de la directrice d'études qui sert de lieu pour les réunions entre pédagogues, d'entrepôt pour le matériel pédagogique.

Les équipes soignantes assurent conjointement la prise en charge d'enfants plus jeunes. Leur habitude de travailler en équipe coordonnée, leur permet malgré cette dispersion une certaine cohérence dans leur action auprès des adolescents. Elles comportent schématiquement :

- un médecin assistant ;
- deux internes ;
- deux psychiatres en formation ;
- quatre externes ;
- un psychomotricien ;
- un psychologue ;
- trois infirmières ;
- une surveillante commune à l'ensemble du pavillon ;
- deux éducateurs spécialisés aidés de stagiaires ;
- une assistante sociale ;
- un conseiller d'orientation professionnelle et scolaire.

Le personnel enseignant, les divers rééducateurs et les psycho thérapeutes, sont communs à l'ensemble du service.

Le personnel infirmier a des conditions d'exercice particulières dans cette unité de soins psychiatriques. Outre son rôle habituel d'assistance et de soins aux patients et les tâches administratives qu'il assure, il a un rôle médico-psychologique qui lui impose de s'impliquer dans un réseau relationnel, où il trouve l'essentiel de son efficacité. Il assure les soins biologiques et physiques essentiels, les soins maternels, à l'occasion du lever, du coucher, des repas par exemple. Sa participation aux activités éducatives est souvent source de conflits, et implique une assistance particulière qui lui soit destinée. Le contact permanent avec les adolescents et fréquemment avec leur famille, en privilégiant leurs relations, rend leur travail particulièrement délicat

auprès des adolescents. Une modification de leur mode habituel de fonctionnement : meilleure répartition de leurs horaires dans la journée, stabilité de présence dans l'année, mixité, port de vêtements civils, spécialisation et motivation personnelle, pourraient leur permettre une meilleure intégration dans l'équipe et favoriser les processus identificatoires des adolescents à leur égard. Il devrait donc être choisi, motivé, et formé à des activités différentes de celles auxquelles il a été presque exclusivement préparé dans les hôpitaux généraux. Une formation spéciale accrue serait être à ce titre souhaitable...

L'introduction relativement récente des éducateurs spécialisés à la Salpêtrière, explique les difficultés actuelles d'organisation et de fonctionnement qu'ils rencontrent, les conflits fréquents avec le personnel infirmier, de formation "traditionnelle" assez différente, et les pédagogues. Ils apparaissent parfois comme des "rivaux" ou des éléments dynamiquement gênants par les remises en question de vieilles habitudes institutionnalisées depuis longtemps qu'ils suscitent parfois. Le rôle est essentiel dans l'aménagement actuel de ressources éducatives variées, le développement de sorties quasi quotidiennes dans la cité. Leur relative stabilité, l'étalement de leurs horaires de travail sont très utiles.

Les psychiatres assurent l'organisation des activités thérapeutiques. Ils ont un rôle important dans les décisions d'admission et de sortie. Ils collectent lors des réunions les informations servant à l'évaluation diagnostique et à l'appréciation

de l'évolution des patients. Ils animent ces réunions en y apportant des informations, favorisent les recherches et veillent aux facteurs de tension au sein de l'équipe. Ils coordonnent les activités selon un programme thérapeutique propre à chaque adolescent, et en contrôlent la bonne exécution et les résultats. Ils prennent en charge certains adolescents et parents plus personnellement.

L'assistante sociale assure les contacts avec les services et institutions extra-hospitaliers concernés par les patients. Son rôle auprès des parents est un élément important de son activité. Elle contribue au bilan régulier appréciant la situation des adolescents et de leur famille. Elle joue un rôle déterminant dans l'orientation des patients dès leur entrée et jusqu'après leur sortie.

La psychologue a des activités assez larges, axées sur sa contribution à l'appréciation répétée de la situation psychologique des patients durant leur séjour.

Tout en assurant ses tâches traditionnelles, la surveillante doit rester assez disponible et impliquée personnellement dans les activités thérapeutiques pour ne pas être exposée à un isolement progressif.

Quant à l'intégration des techniques rééducatives à l'ensemble des activités thérapeutiques, d'un intérêt tout particulier pour les adolescents qui présentent des troubles fonc-

tionnels ou instrumentaux importants, elles posent parfois quelques problèmes.

Les réunions bi-hebdomadaires assurent cohérence et circulation réelle des informations entre les divers membres de l'équipe, éléments essentiels pour une action thérapeutique efficace. Les comportements des adolescents, la qualité et le sens de leur demande personnelle, les relations interpersonnelles entre adolescents et soignants peuvent y être abordés. Certains soignants encore proches de leur adolescence, parfois déroutés ou culpabilisés des demandes des adolescents exprimées souvent de façon brutale ou qui les renvoient à des problèmes personnels encore récents peuvent y exprimer leurs difficultés.

Une réflexion institutionnelle et individuelle contrôlée permet à chacun d'assumer sa fonction dans le groupe et d'améliorer le fonctionnement de l'ensemble en facilitant les échanges relationnels.

Les nombreuses données qui vont servir à l'élaboration diagnostique et l'orientation des patients y sont recueillies et les principales décisions prises en commun.

Dès l'admission de l'adolescent et jusqu'à son départ de l'hôpital, les préoccupations d'ordre diagnostique et thérapeutique vont comme toujours se recouper. Un tel service hospitalier devrait idéalement constituer d'emblée pour le patient une communauté thérapeutique, permettant de recueillir les nombreuses données qui vont servir à l'élaboration d'un diagnostic à la fois clinique et structural. Cependant, l'établissement de modalités de fonctionnement plus communautaire est encore limité par les difficultés d'organisation, l'implantation assez récente du personnel éducatif, l'inadéquation des locaux. L'existence de règlements administratifs assez rigides, la coordination souvent difficile à établir avec les structures extra-hospitalières, pédagogiques ou d'assistance psychiatrique, renforcent ces difficultés.

Le rythme de vie des adolescents demeure assez discontinu. Infirmiers et éducateurs assurent une action éducative de base, et tentent de recréer un climat assez familial et structuré, entreprise difficile dans ce cadre hospitalier, l'architecture des locaux s'y prêtant assez peu. Les moments essentiels de la journée : lever, repas, coucher, les diverses activités éducatives ou occupationnelles, les sorties dans ou hors de l'hôpital, rythment la journée dans une relation privilégiée avec ces soignants relativement stables et

familiers. Les activités pédagogiques de formulation très diverse, les différents actes thérapeutiques ou à visée diagnostic, ont lieu si possible à heures fixes et de façon régulière. Ils utilisent des moyens techniques diversifiés et spécifiques, propres à chaque cas : traitements médicamenteux, entretiens psychiatriques ou psychothérapiques, techniques rééducatives ou de relaxation par exemple. Des groupes d'adolescents plus ou moins informels se constituent, englobant volontiers les enfants plus jeunes, vis à vis desquels les adolescents se situent fréquemment dans un rôle valorisant d'aînés. Parfois des groupes plus structurés autour d'un soignant ou d'un leader se forment, mais leur existence très fluctuante, les séjours de durées très variables des adolescents limitent les possibilités de recourir à des thérapeutiques collectives coordonnées. La constitution de ces groupes très variés, facilite une grande souplesse de fonctionnement et favorise l'intégration de certains adolescents gravement perturbés à d'autres qui présentent des troubles affectifs moindres.

Dans un tel cadre, certains adolescents peuvent trouver des possibilités régressives temporaires restructurantes auprès des soignants, des gratifications narcissiques valorisantes, par suite de l'ascendant qu'ils exercent sur leurs camarades plus jeunes, et des liens positifs qu'ils peuvent établir, proches de ceux réalisés dans une fratrie, sans les conflits fréquemment rencontrés dans une famille. Cependant, de nombreuses difficultés surgissent à ce niveau : les adolescents vivent souvent de façon pénible, dévalorisante, d'être soignés avec des enfants, "geste considéré comme

un refus symbolique de la part des adultes de reconnaître leur âge et leur droit à l'indépendance et à l'autonomie" (SIVADON, 1955).

Les locaux assez vétustes et mal adaptés leur laissent difficilement la possibilité d'avoir un territoire privé personnel, élément particulièrement important à cet âge, sauf les quelques adolescents qui disposent d'une chambre individuelle. Les locaux communautaires demeurent également assez exigus. La participation des soignants à certains moments clés de la journée, telle la prise des repas en commun, est rendue difficile par des règlements administratifs assez strictes et les réticences personnelles des soignants. Les diverses activités et sorties sont organisées matin et après-midi et le sous équipement vespéral en personnel infirmier, médical, éducatif, est assez aigu. Il ne permet pas un encadrement suffisant des adolescents à cette période pourtant cruciale de la journée. Pour des adolescents désoeuvrés, un peu livrés à eux-mêmes, c'est souvent le moment privilégié des passages à l'acte impulsifs ou agressifs, des crises d'angoisse, des fugues, des phénomènes d'agitation en groupe. Une telle situation rend encore plus difficile la tâche d'un personnel infirmier présent en nombre assez restreint, souvent moins bien informé des problèmes que posent les patients, du fait de leurs horaires de travail (15 heures - 23 heures). Leur participation assez irrégulière aux réunions de travail commun accroît ces difficultés. Le remaniement souhaitable des horaires du personnel infirmier, se heurte à de nombreux obstacles au sein d'un hôpital général, puisqu'il n'est pas spécialisé administrativement. Le recours à des éducateurs spécialisés

en plus grand nombre, l'étalement des activités médicales, des divers temps thérapeutiques de la journée, pourraient permettre de pallier en partie cette carence vespérale importante. L'organisation d'activités récréationnelles et sociales structurées plusieurs soirs par semaine, auxquelles participeraient à divers titres plusieurs soignants (médecins, éducateurs, pédagogues, infirmiers par exemple), irait dans le même sens.

Le pavillon Clérambault comprend 54 lits d'hospitalisation pour les grands adolescents et les adultes. Les structures d'hébergement pour chaque sexe demeurent tout à fait distinctes, cloisonnées par des portes fermées à clé. Le fonctionnement de ces unités thérapeutiques est assez voisin, et nous n'envisagerons que l'unité de soins de 26 lits recevant adultes et adolescents de sexe masculin.

Les locaux comprennent une grande salle qui comporte 6 chambres individuelles, 2 chambres à quatre lits, 2 chambres à deux lits, soit 18 lits d'hospitalisation. Quatre petites pièces à usage multiples, regroupées, servent alternativement de bureaux médicaux, de local pour les activités éducatives ou pédagogiques en petits groupes, de lieu de réunions informelles pour les patients. Les adolescents sont répartis de façon très variable avec les adultes, parfois volontairement regroupés dans une ou deux chambres,

ou au contraire dispersés, en fonction de la conjoncture du moment. Une petite unité thérapeutique de 8 lits, assez isolée, est réservée depuis peu à l'accueil plus électif d'adolescents de sexe masculin. Elle comporte : un petit dortoir de 6 lits, une chambre à 2 lits, un local éducatif assez vaste, un poste infirmier, la salle à manger commune. Ces locaux sont peut être plus propices par leur disposition à la réalisation d'un travail thérapeutique dirigé vers les adolescents.

L'équipe soignante comprend pour 26 patients : un assistant, un interne, deux psychiatres en formation, quatre externes, deux infirmières, quatre aide-soignantes, une éducatrice, une surveillante, une assistante sociale, un conseiller d'orientation scolaire et professionnelle, une psychologue.

Le travail commun s'harmonise lors de fréquentes réunions regroupant les membres de l'équipe. Durant la réunion de synthèse hebdomadaire à laquelle chacun contribue, en fonction de ses capacités personnelles, sont abordées les difficultés de fonctionnement institutionnel et les possibilités d'aménagement meilleures. Les principales informations susceptibles d'éclairer l'orientation diagnostique et thérapeutique de chaque patient y sont apportées, les difficultés relationnelles rencontrées avec tel patient ou groupe de patients peuvent y être explicitées, mieux comprises dans leur signification dynamique pour le patient comme pour l'institution et les soignants. Les décisions y sont prises en commun : ajustement

chimiothérapique, visites, permissions, sorties, orientation ultérieure des patients par exemple. Positions régulièrement remises en question en fonction d'une évolution parfois imprévisible. Le recours bi-mensuel à un psychanalyste extérieur au fonctionnement de cette unité thérapeutique, non impliqué dans une relation avec les patients, facilite une meilleure compréhension dynamique des modes relationnels, des problèmes psychopathologiques complexes rencontrés, des divergences d'attitudes qu'ils peuvent entraîner. Les écueils de certaines attitudes trop normatives, systématiquement éducatives, pédagogiques ou maternantes, en sont parfois évités ainsi que la limitation des possibilités d'expression personnelle ou de maturation individuelle des adolescents qu'elles risqueraient d'entraîner. Une réunion d'enseignementhebdomadaire commune à l'ensemble du service permet à tous de bénéficier d'une réflexion théorique illustrée et vivante.

Certains adolescents, dont les problèmes sont proches de par leur maturation, leur âge, leurs conditions socio-économiques, leur insertion professionnelle, de ceux des adultes, peuvent bénéficier des conditions d'hébergement assez classiques qu'offre cette structure de soins. Le travail thérapeutique réalisé permet un abord dynamique assez individualisé de leurs difficultés personnelles, un traitement intensif de certains états psychopathologiques aigus. Les relations qui peuvent se nouer avec les adultes hospitalisés permettent des échanges affectifs souvent utiles dans les deux sens. La présence des adolescents apporte des éléments dynamiques appréciables, facilitant les ouvertures extérieures vers la cité, le

développement d'un éventail assez large d'activités éducatives, occupationnelles, pédagogiques ou culturelles autour du personnel éducatif, dont peuvent bénéficier les patients adultes. Certains adolescents qui présentent des troubles du comportement importants, des réactions agressives mal tolérées et mal contrôlées dans le milieu thérapeutique très ouvert du pavillon Esquirol, peuvent y trouver temporairement un milieu tolérant et rassurant. Une sédation de leur angoisse et de leur symptomatologie souvent bruyante est ainsi obtenue rapidement dans cette unité thérapeutique de caractère plus fermé.

L'aménagement de ressources thérapeutiques suffisamment variées et adaptées aux besoins des adolescents est actuellement en voie de développement. L'effort réalisé sur le plan pédagogique et éducatif ainsi que pour aménager des sorties quasi quotidiennes hors de l'hôpital, facteur essentiel d'ouverture, y contribue pour une part importante. Quel que soit leur lieu d'hébergement, les adolescents des deux sexes se rencontrent en effet fréquemment dans la journée autour des soignants (éducateurs, infirmiers ou pédagogues) pour des activités communes.

Les exigences de formation scolaire particulièrement prégnantes à l'adolescence, sont en partie satisfaites par l'existence de "l'Ecole à l'Hôpital"."L'école publique mixte d'enseignement spécial de la Salpêtrière dépend de l'Education Nationale et regroupe, sous la responsabilité d'une directrice d'études, de

nombreux enseignants de compétences diverses et complémentaires. L'équipe pédagogique comprend : 7 instituteurs spécialisés, diplômés du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Inadaptés, détachés par l'Education Nationale à temps complet. Ces enseignants assez polyvalents assurent une aide pédagogique de la maternelle au secondaire. Ils offrent également des possibilités d'enseignement technique : en secrétariat, sténo-dactylographie par exemple, amorce possible d'une formation pré-professionnelle. Des professeurs assurent l'enseignement des Lettres et de l'anglais, des sciences et des mathématiques. Des enseignants d'éducation physique, dessin, musique, travaux manuels, disponibles quelques demi-journées complètent ces possibilités.

L'approche pédagogique des adolescents hospitalisés se heurte toutefois à de nombreuses difficultés : difficultés générales, d'ordre matériel qui concernent les locaux scolaires exigus et insuffisamment adaptés aux besoins réels, les crédits limités pour l'obtention d'un matériel suffisant, en particulier pour des disciplines souvent considérées comme "mineures" par les structures pédagogiques traditionnelles : dessin, musique, éducation physique, travaux manuels. Leur développement plus grand dans le cadre hospitalier serait cependant très bénéfique pour les patients.

Les relations avec le personnel éducatif et infirmier sont parfois tendues, source de conflits, de rivalité, particulièrement au sujet de certains adolescents très perturbés. L'aménagement des horaires, nécessite une grande souplesse, pour éviter le

chevauchement des activités peu structurant pour l'adolescent.

Les difficultés d'ordre pédagogique sont nombreuses. Les enseignants spécialisés ont parfois été affectés à l'hôpital sans choix préalable de leur part. Ils se trouvent alors déroutés dans un tel cadre, peu préparés à des contacts avec des adolescents perturbés, sans grande motivation personnelle, ce qui nécessite un certain temps d'adaptation. Les remises en question fréquentes des méthodes pédagogiques traditionnelles, les conduisent à réfléchir sur le sens de leur travail dans le cadre hospitalier. La liberté dont ils disposent leur permet une grande souplesse d'organisation qui peut s'adapter aux besoins particuliers de chaque adolescent, à ses possibilités actuelles, ses difficultés affectives. S'il semble important de valoriser l'adolescent, le sécuriser en lui permettant des réussites tangibles, facteur d'épanouissement et de gratification, un aménagement constant des méthodes d'enseignement, et de la matière enseignée, en découle. Par le choix d'un travail individuel contrôlé, l'adolescent peut progresser à son rythme personnel, s'autonomiser. Les activités en petits groupes, librement choisies, sont également utiles, dans la visée d'une réintégration sociale avec le maximum d'autonomie. Dans les cas les plus lourds, par exemple devant un adolescent très apragmatique, ou ayant désinvesti l'école depuis longtemps et de façon oppositionnelle, l'implication et le rôle des pédagogues est particulièrement délicat. Leurs tâches rendues très difficiles nécessitent un soutien et une collaboration encore plus étroite avec les divers membres de l'équipe, pour

la mise en place d'un abord pédagogique adapté. Le risque serait en effet de sous-estimer l'aide que peuvent leur apporter les enseignants spécialisés comme élément de réalité, d'ouverture vers l'extérieur, de stimulation et de cohérence, notamment lorsque les désirs parentaux apparaissent très déréels à ce sujet.

Il est difficile d'apprécier objectivement les bénéfices que tirent les adolescents des possibilités pédagogiques offertes durant leur hospitalisation. L'atmosphère assez différente de l'école traditionnelle, la qualité des relations interpersonnelles qui s'établissent avec des enseignants assez disponibles, le caractère plus individuel de l'enseignement reçu, permettent parfois un rattrapage spécifique de lacunes dans les connaissances scolaires. Cependant, plus que l'acquisition de connaissances, il semble important de tenter d'apporter à l'adolescent des éléments de connaissance de la réalité, capables de favoriser la structuration et la maturation de sa personnalité dans ses divers modes d'organisation et d'expression. Certains adolescents jusqu'alors gravement désadaptés à leur milieu scolaire, peuvent, dans cette atmosphère rassurante, sans les contraintes, les pressions exercées par la famille, le milieu scolaire habituel, en ce qui concerne les résultats par exemple, prendre une certaine distance par rapport à leurs échecs scolaires antérieurs, et réinvestir une aide pédagogique mieux adaptée et individualisée.

Du fait de la durée de séjour très inégale, en général brève des adolescents, il est souvent difficile de prévoir et de

mettre en oeuvre rapidement un programme pédagogique satisfaisant. Les contacts fréquents avec les membres de l'équipe lors des réunions permettent une meilleure intégration du travail pédagogique aux soins d'ensemble envisagé pour chaque patient. L'appréciation dynamique du comportement des adolescents dans la relation pédagogique, l'évaluation des possibilités scolaires ou professionnelles, sont des éléments importants contribuant au diagnostic et à l'orientation des patients. L'explicitation conjointe des troubles psychopathologiques et relationnels rencontrés permet aux enseignants une meilleure efficacité dans leur approche pédagogique.

La coordination avec les structures pédagogiques extra-hospitalières de la communauté permet une meilleure efficacité dans le choix des orientations ultérieures. Les possibilités de réinsertion sociale sont souvent difficiles à aménager, du fait du sous-équipement actuel en la matière, particulièrement critique pour les adolescents. Le conseiller d'orientation scolaire et professionnelle, fournit en cela une aide précieuse. Sa connaissance des possibilités de réinsertion ou de formation dans la communauté est très utile et permet d'envisager en commun l'orientation pédagogique ou professionnelle la plus appropriée pour chaque patient.

Les activités éducatives et occupationnelles organisées dans l'hôpital par petits groupes utilisent les ressources actuellement existantes. Elles demeurent encore limitées par les difficultés matérielles d'équipement, de locaux. Elles ont pour but de

favoriser les divers modes d'expression des adolescents : expression écrite, peinture, dessin, musique, sport. Diverses possibilités d'activités manuelles ou artistiques se développent : atelier de poterie récemment crée, atelier de menuiserie, modalités d'expression d'art dramatique en cours de réalisation, etc...

L'organisation de sorties hors de l'hôpital en petits groupes d'adolescents autour d'un ou plusieurs soignants a été à l'origine de nombreuses difficultés d'ordre administratif : problème délicat de responsabilités, d'assurance par exemple. Le compromis finalement obtenu, après de multiples démarches, a permis d'en augmenter la fréquence et d'en diversifier les buts, souvent décidés avec les adolescents en fonction des intérêts individuels et collectifs confrontés aux possibilités : spectacles, cinéma, sports, visites éducatives, sorties récréatives dans les espaces verts l'été par exemple. En utilisant les locaux récréatifs, éducatifs et culturels normaux de la cité, ces sorties extra-hospitalières favorisent les rencontres et les échanges avec d'autres adolescents et adultes, facteur essentiel d'ouverture et de dédramatisation, dans un cadre de vie moins artificiel que le milieu hospitalier faussement sécurisant. Elles contribuent à préparer la réintégration sociale ultérieure des adolescents, évitant leur isolement progressif à l'hôpital. Leur extension récemment accrue sous l'impulsion du personnel éducatif tend à solliciter la participation active d'autres catégories professionnelles : pédagogues, infirmiers, médecins par exemple. Les sorties des adolescents dans leur famille

pour les week end deviennent habituelles. Outre la réadaptation au milieu familial qu'elles préparent, elles peuvent actualiser certains conflits jusqu'alors non verbalisés, faciliter une mobilisation de certaines positions familiales.

L'activité thérapeutique intensive dirigée vers la famille, essentiellement les parents, permet l'abord progressif des interrelations plus ou moins étroites au sein du groupe familial, point de départ d'éventuelles mobilisations ultérieures.

Le jour de l'admission, les parents sont volontiers reçus longuement. Ce premier entretien permet souvent une détente familiale, particulièrement lorsque l'hospitalisation se situe à l'acmé d'une intolérance aiguë de l'entourage. Il est souvent nécessaire d'éclaircir avec les parents l'utilité de l'hospitalisation tout en la dédramatisant. Cet entretien peut les aider à exprimer ce que représente pour eux l'hospitalisation en milieu psychiatrique, ce qu'ils en attendent, la façon dont ils ressentent les difficultés de leur enfant, la crise aiguë qu'il traverse. Certains parents semblent parfois effrayés de reconnaître l'existence d'un trouble psychopathologique chez leur enfant, culpabilisés de ne pas l'avoir mieux assumé et fait soigner plus tôt, ils se sentent ainsi directement mis en cause. Ceci particulièrement lorsqu'existaient des troubles du comportement anciens ou des inhibitions importantes, relativement bien tolérés jusqu'alors. L'aggravation de ces troubles à l'occasion de la"crise d'adolescence" facilite alors l'éclosion

d'une véritable crise familiale, qui accélère l'intolérance du milieu et bien souvent précipite l'hospitalisation.

Mais, souvent, le discours des parents demeure défensif, axé sur les symptômes présentés par l'adolescent, l'intolérance qu'ils ont entraîné, la nécessité de trouver une solution rapide qui décharge leur culpabilité et leur angoisse.

Les entretiens répétés et progressifs avec les parents, durant l'hospitalisation, permettent de préparer une prise en charge ultérieure prolongée grâce à certaines mobilisations des positions et attitudes parentales nous l'avons dit. Ils ont lieu de façon régulière assez souple, en tenant compte des possibilités de chacun. Outre les éléments d'information qu'ils peuvent apporter, sur les différentes étapes antérieures du développement libidinal de l'adolescent, les modalités d'installation plus ou moins bruyante de la puberté, ils permettent d'aider les parents à verbaliser à leur façon comment ils ont vécu le développement de leur enfant et appréhendent actuellement ses difficultés. Ils facilitent également une meilleure compréhension des divers aspects relationnels au sein de la famille, des interactions entre ses membres : l'adolescent peut y avoir un rôle capital dans l'équilibre familial....

La séparation temporaire de l'adolescent durant l'hospitalisation est parfois à l'origine d'un état de désarroi profond chez l'un des parents, le plus ouvertement perturbé dans sa relation

avec l'adolescent : relation quasi symbiotique mère-adolescent par exemple. Ailleurs, l'un des parents identifié plus ou moins inconsciemment avec l'adolescent supporte très mal l'hospitalisation. Une souplesse très grande est nécessaire pour éviter les multiples tentatives plus ou moins inconscientes de "sabotage" des soins envisagés de la part des parents : sorties prématurées, visites impromptues, non collaboration pour les sorties dans la famille, interactions diverses au niveau des traitements entrepris, psychothérapiques par exemple. Certains parents se révèlent parfois trop fragiles et perturbés, peu capables dans l'immédiat de nouer une relation thérapique suivie et féconde, car vécue comme trop angoissante. Après un travail préparatoire relativement long, un abord plus spécifique et progressif de leurs difficultés personnelles peut être entrepris. Les sources de conflit dans le groupe familial peuvent parfois être abordées de façon déculpabilisante, dédramatisées, parfois remises en cause.

Dans certains cas, des remaniements durables au niveau des conduites, des comportements, une meilleure compréhension des difficultés de l'adolescent sont ainsi facilités. Plus rarement, on peut être amené à proposer un traitement psychothérapique pour lui-même à l'un des parents au décours de l'hospitalisation, souvent dans le cadre de structures extra-hospitalières.

Des relations privilégiées peuvent se nouer entre les parents et un ou plusieurs membres de l'équipe, investies sur divers

modes : personnel éducatif ou infirmier, surveillante, assistante sociale par exemple, à l'occasion des visites, des sorties des adolescents dans leur famille, des difficultés d'ordre social rencontrées. Ces relations sont parfois très utiles pour certains parents, moins déroutés et plus confiants dans un cadre plus informel. Elles peuvent être l'occasion de prise de conscience réelle. Il importe de ne pas adopter d'attitudes négatives à leur égard, mais au contraire de préserver leur image de façon valable pour l'adolescent. Dans le but de restituer leur autorité, une collaboration personnelle des pères est souvent difficile à obtenir et pourtant capitale ; sauf les pères particulièrement impliqués dans une relation très pathologique avec leurs enfants qui semblent se manifester sinon s'impliquer plus spontanément.

Si les entretiens individuels répétés et progressifs sont une forme habituelle de la prise en charge des parents, certaines techniques particulières pourraient être mises en oeuvre : psychothérapies familiales ou de groupes, groupes de parents par exemple. Ce travail thérapeutique dirigé vers la famille a un rôle important pour préparer avec les parents l'orientation envisagée après l'hospitalisation.

L'orientation ultérieure des patients est souvent difficile à aménager, du fait de la diversité des orientations possibles à cet âge, de l'intolérance accrue des structures pédagogiques traditionnelles, du sous-équipement actuel en établissements de suite

et institutions spécialisées pour adolescents dans bien des régions et des secteurs parisiens. Il manque en effet d'établissements pédagogiques et d'apprentissage spécialisés, d'internats suffisamment thérapeutiques, de foyers, d'un marché protégé du travail. Leur inexistance limite bien souvent l'effet de la poursuite des soins.

Dans certains cas la post-cure ambulatoire est poursuivie à la consultation du service et permet d'espérer la continuité des soins par la même équipe médico-sociale, facilitée par la proximité du domicile, les relations thérapeutiques établies durant l'hospitalisation. Ailleurs, du fait de l'éloignement géographique, de conditions socio-familiales particulières, ou de la gravité des troubles psychopathologiques rencontrés, on peut être amené, après une observation approfondie, à orienter l'adolescent vers d'autres structures. Dans de tels cas, un effort particulièrement important a été entrepris par tous pour collaborer efficacement avec les différents établissements et institutions de suite par des contacts directs et personnels avec les directeurs d'établissements, les éducateurs, les médecins, les services sociaux, échanges indispensables pour éviter une discontinuité de prise en charge et réaliser une coordination réelle. L'habituelle collaboration avec les établissements de suite pour adolescents dans la région parisienne a souvent rendu plus facile ces échanges.

Dans nombre de cas, le retour de l'adolescent dans son milieu familial est possible. L'hospitalisation a mobilisé suffisamment l'adolescent et sa famille pour lui permettre malgré une

situation familiale initiale assez conflictuelle, perturbée ou entretenant plus ou moins les troubles de l'adolescent, cette réintégration sans transition. La poursuite d'un traitement ambulatoire régulier, orienté vers l'adolescent et sa famille, quel qu'en soit le cadre, a toujours été nécessaire. Différents aménagements de la réalité peuvent avoir valeur psychothérapique pour l'adolescent : aménagement pédagogique ou de formation professionnelle, mesures éducatives. Ils contribuent souvent à une adaptation relativement satisfaisante et prolongée de l'adolescent dans son milieu habituel.

Certains adolescents peuvent reprendre à leur sortie une activité professionnelle interrompue durant leur séjour hospitalier. Une solution d'hébergement en dehors du milieu familial, dans un foyer par exemple, est souvent difficile à aménager, par suite du nombre restreint d'établissements de ce type qui acceptent des adolescents qui ont des difficultés.

Pour certains patients qui présentent des troubles évolutifs de la personnalité, plus ou moins stabilisés par le séjour en milieu psychiatrique, des solutions intermédiaires plus délicates à mettre sur pied sont préférées. Les établissements à séjours partiels permettent le maintien de l'adolescent dans sa famille tout en lui offrant un milieu thérapeutique intensif une partie de la journée : hôpitaux de jour pour adolescents, externats médico-pédagogiques et médico-professionnels par exemple qui préparent l'insertion socio-professionnelle du patient en lui assurant une formation pré-

professionnelles adaptée. De tels établissements pour adolescents sont en nombre restreint, nous l'avons dit, ce qui explique les difficultés constamment rencontrées pour y obtenir des places disponibles dans un délai acceptable.

Le séjour dans un établissement spécialisé à temps complet est parfois seul envisageable, du fait de conditions socio-économiques difficiles, de l'absence d'établissements à séjours partiels proches du domicile des patients, des carences importantes de la famille : parents très déficients ou très perturbés par exemple. La non collaboration fréquente de la famille renforce les difficultés à trouver pour l'adolescent un internat suffisamment thérapeutique offrant des possibilités pédagogiques et psychothérapiques intensives : lycées psycho-pédagogiques ou maisons universitaires, médico-psychologiques ; instituts médico-professionnels ; lycées, C.E.T. ou écoles privées ; foyers de divers types.

Enfin, quelques adolescents très invalidés et relativement fixés, parfois rejetés par leur famille, nécessitent une assistance psychiatrique prolongée dans le cadre d'un hôpital psychiatrique....

Les fragments d'observations qui suivent tenteront d'illustrer ces modalités diverses de soins psychiatriques à l'hôpital, et les difficultés rencontrées.

Parmi les adolescents hospitalisés, un certain nombre semble bénéficier d'un séjour à moyen terme, sur un mode un peu particulier. La dédramatisation des troubles aigus présentés par l'adolescent et les réactions en chaine de sa famille permettent d'utiliser cette phase aiguë de façon dynamique. Un certain type de déconditionnement facilite le processus de restructuration après une phase de régression transitoire.

Stéphane R... fut ainsi hospitalisé pour un épisode hypomaniaque typique survenu au décours d'un traumatisme crânien grave. Cet adolescent de 14 ans avait été retrouvé peu de temps auparavant sans connaissance sur les bords d'une autoroute et hospitalisé dans Un service de pédiatrie. Resté 8 jours dans un état de coma vigile, il avait été transféré en milieu neuro-chirurgical sur l'apparition de signes de localisation pour y pratiquer une artériographie carotidienne. Celle-ci n'avait objectivé aucun hématome, aucune indication d'intervention. Des troubles du comportement importants au décours de son coma s'étaient manifestés, très vite mal tolérés en milieu pédiatrique. Après un court séjour dans un service de neurologie d'adultes, il avait été transféré dans le service après ce

long périple hospitalier mouvementé. Ce "transfert" s'était effectué dans de mauvaises conditions : très mal vécu par les parents peu préparés à l'hospitalisation en milieu psychiatrique de leur fils, fortement ambivalents et même agressifs à notre égard, ils ont dit n'en avoir été informés "qu'après coup".

Stéphane l'a vécu comme un rejet de l'équipe hospitalière précédente : personnel infirmier et interne, avec lesquels il avait noué une relation spontanément chaleureuse et rassurante. L'absence de prise de contact directe avec les membres de l'équipe psychiatrique a renforcé ces difficultés, reflet des difficultés que soulèvent fréquemment ces hospitalisations en milieu psychiatrique au décours d'une affection organique sévère, sans préparation préalable du patient et de sa famille. Une meilleure coordination grâce à une équipe médico-sociale mobile, se déplaçant dans les divers services de l'hôpital en fonction des besoins, aurait peut être pu permettre une hospitalisation dans de meilleures conditions.

Lors de son arrivée, Stéphane ne se souvenait plus de ce qui lui était arrivé, exprimait de nombreuses idées mégalomaniaques. Son discours logorrhéique était émaillé de jeux de mots continuels assez puérils. Un état dépressif important jusqu'alors plus ou moins masqué par ses défenses hypomaniaques s'est exprimé de plus ou plus, tant verbalement que dans les différentes productions artistiques ou littéraires plus ou moins projectives qu'il réalisait, seul ou avec le groupe des autres adolescents et le personnel éducatif. Des

thèmes de mort, de rejet, d'abandon, d'isolement étaient prégnants dans les poèmes ou chansons qu'il composait facilement. Il s'était lié rapidement avec un autre adolescent, très handicapé à la suite de tentatives de suicide multiples et graves, quasi abandonné par une famille lointaine. Il présentait des troubles mnésiques avec lacunes de ses acquisitions antérieures, séquelles probables de sa contusion cérébrale grave. Un bilan organique complet avait permis d'éliminer la possibilité d'une affection organique évolutive intriquée.

Une attitude stimulante d'encadrement, de présence chaleureuse et tolérante des soignants face à sa quête affective permanente, certains aménagements pédagogiques ont permis d'obtenir un réassurement initial de Stéphane. Quelques entretiens psychiatriques ont facilité une réassurance corporelle, l'abord progressif de ses transformations pubertaires, de ses préoccupations corporelles et sexuelles importantes, sujets jusqu'alors assez mal tolérés dans sa famille, ce qui l'a aidé en dédramatisant les choses, à en être moins culpabilisé.

Stéphane et sa mère reçus à plusieurs reprises ensemble ont pu verbaliser certains conflits familiaux, source de détente progressive.

Stéphane apparaissait ainsi comme un adolescent assez dysharmonique, immature affectivement, avec des préoccupations corporelles

et sexuelles peut-être accrues par un aspect morphologique un peu particulier. Cependant la nature exacte des manifestations psychopathologiques polymorphes qu'il présentait au décours de son traumatisme crânien, leur signification dynamique, en pleine phase pubertaire, ainsi que les possibilités évolutives ultérieures, n'ont pu être définies de façon satisfaisante, malgré une hospitalisation prolongée.

Les tests projectifs pratiqués n'ont guère apporté d'éclaircissement en ce sens comme il arrive bien souvent dans ces phénomènes de régression post-traumatique.

Les relations avec la famille furent assez difficiles, émaillées de nombreux incidents. Les conditions particulières de cette hospitalisation, leur non préparation l'expliquaient en partie. L'inquiétude et la culpabilité des parents, cristallisées autour de "l'accident" et de ses conséquences pour leur fils, furent rapidement projetées sur les soignants et l'hôpital. Ainsi rendaient-ils responsable le milieu hospitalier de l'état de leur fils....

Madame R..., sur la défensive, rationnalisait et banalisait les difficultés antérieures de Stéphane, sa tendance dépressive ancienne, son isolement au sein du groupe familial. Elle n'a pu que laisser entrevoir ses propres difficultés face à ses huit enfants rapprochés dans un logement trop petit. Elle-même consultait "régulièrement" dans le cadre du CMPP de sa commune. La collaboration de

Monsieur R... a été difficile à obtenir. Il réclamait des rendez-vous auxquels il venait trop tôt ou trop tard, verbalisait indirectement ses griefs dans des échanges épistolaires assez revendiquants. Ces attitudes se sont assouplies peu à peu. Monsieur et Madame R... semblaient souhaiter participer réellement au traitement de leur fils. Les sorties de Stéphane dans sa famille purent être envisagées. Elles furent d'abord émaillées d'incidents agressifs, assez mal tolérés de part et d'autre, puis plus calmes. Stéphane semblait moins dépressif, assez cohérent dans son discours, mieux adapté à la réalité et souhaitait reprendre sa scolarité. La sortie fut décidée avec prise en charge conjointe au CMPP de leur commune et à la consultation du service. Une coordination directe avec ce CMPP qui connaissait la famille avait été réalisée et permettait d'espérer une réinsertion scolaire assez souple et la poursuite d'entretiens réguliers avec les parents. Mais, très rapidement Stéphane n'a pas retrouvé sa place dans un milieu qui s'était habitué durant son absence de 4 mois à vivre sans lui. Il se montrait agressif, coléreux et violent, tout particulièrement à l'égard de sa mère. Très effrayés de ses passages à l'acte, ses parents l'ont ramené à l'hôpital une quinzaine de jours plus tard. Leur "rejet" et leur désarroi s'exprimaient en termes assez durs : "il aurait mieux valu qu'il meurt après son accident, nous l'aurions pleuré quelques mois puis n'en aurions plus parlé". Stéphane était alors vécu comme une charge "intolérable", empêchant la famille d'être heureuse...

A la faveur de cette crise aiguë, un abord plus individuel des difficultés personnelles des parents fut possible. Acceptant cette

fois de se déranger, et vu à plusieurs reprises seul, Monsieur R... a pu exprimer le climat d'angoisse permanente dans lequel il vivait, un désarroi profond, des fantasmes de suicide de lui-même et de son fils, la fuite dans le travail qu'il réalisait pour tenter de n'y plus penser, et sa crainte de tout abord psychologique de ses difficultés. Il a manifesté son désir d'éloigner temporairement son fils, mais non de rompre toute relation avec lui. Une solution d'internat en CET, proche du domicile familial fut ainsi aménagée, avec poursuite de soins intensifs en ambulatoire. Cette séparation temporaire de Stéphane d'avec sa famille, quoi qu'idéalement peu satisfaisante, avait alors semblé seule capable d'éviter une nouvelle intolérance aiguë de ce milieu particulièrement fragile.

Outre les difficultés rencontrées avec la famille, de tels cas nécessitent un aménagement particulier des modalités de soins. Une collaboration rapide par des contacts fréquents et directs avec les structures de réinsertion, ne permet pas toujours d'éviter une désocialisation prolongée, d'autant plus dramatique qu'elle risque de renforcer le désinvestissement narcissique et la mésestime de soi, fréquemment sous-tendus par le geste initial plus ou moins auto-destructeur de ces adolescents. Présentant des perturbations affectives importantes intriquées à une pathologie organique parfois sévère, ces adolescents tolèrent souvent très mal d'être soignés en milieu psychiatrique, parfois sans leur accord, étant données les conditions particulières de "transfert", en urgence, sans préparation préalable dans le cadre d'une symptomatologie bruyante ou alarmante.

De tels cas pourraient bénéficier de certains aménagements des modalités de soins dans les services de neurologie, neurochirurgie ou pédiatrie qui les reçoivent initialement. Dans le cadre d'un hôpital général, une coordination médico-psychologique accrue, pourrait permettre un abord psychologique de ces patients dès la phase aiguë "organique" initiale. Une équipe médico-sociale multidisciplinaire, mobile, de fonctionnement assez souple dans l'hôpital pourrait apporter une aide appréciable aux patients et à leur famille comme aux soignants de tels services.

Une importante réflexion institutionnelle, à la faveur d'une meilleure compréhension des difficultés rencontrées, a permis une sensibilisation, une préparation des soignants à l'abord assez complexe et particulier de ces adolescents en milieu psychiatrique. La poursuite d'une telle réflexion permettra l'aménagement de meilleures modalités de soins, une collaboration plus étroite médico-psychologique, une réinsertion sociale dans les meilleurs délais.

De grandes difficultés sont constamment rencontrées lors de l'hospitalisation relativement fréquente d'adolescents étrangers. Ces patients viennent en France avec leur famille dans le but assez précis de trouver une structure d'hospitalisation capable d'assurer un bilan diagnostique parfois difficile, et une orientation thérapeutique ultérieure non moins délicate....

La distance géographique, la carence locale fréquente en établissements suffisamment adaptés pour ces adolescents souvent très désinsérés socialement, la difficile collaboration avec les psychiatres locaux renforcent ces difficultés. Ces patients sont souvent hospitalisés dans le service "en désespoir de cause", après échec de solutions locales.

Outre les problèmes d'ordre linguistique et culturel qu'ils posent pour l'évaluation diagnostique et pronostique, la collaboration avec la famille est souvent difficile du fait même de l'ambiguité de leur demande : le but poursuivi par les parents est parfois implicitement de laisser l'adolescent, gênant socialement en France, tant que persisteront les "troubles mentaux".

L'orientation ultérieure de ces patients confronte à un dilemme quasi insoluble :

- soit rapatrier l'adolescent dans son pays, trouver une solution locale plus ou moins satisfaisante et le laisser proche

d'une famille souvent semi rejetante ;

- soit lui proposer un internat thérapeutique lointain de son milieu familial et culturel, fait risquant de compliquer une réinsertion ultérieure de toutes façons difficile.

Tel fut le cas de Jamal A..., adolescent libanais hospitalisé durant 2 mois pour bilan diagnostique et orientation thérapeutique. Cet adolescent qui venait de faire deux séjours hospitaliers successifs de longue durée en hôpital psychiatrique, présentait depuis l'enfance des troubles du comportement sévères, rapidement très mal tolérés par son entourage. Sa vie au Liban a ainsi été émaillée de placements multiples et de rejets successifs des établissements scolaires qu'il a fréquentés, rarement plus d'une année consécutive jusqu'à l'âge de 12 ans. Il est alors définitivement "renvoyé" avec des acquisitions d'un niveau très faible. La situation familiale de plus en plus tendue, s'est rapidement détériorée. Sous la pression de son père, il est envoyé dans un hôpital psychiatrique en Bulgarie. Ce séjour lointain de 4 mois en pleine phase pubertaire semble avoir été un facteur d'aggravation notable. A son retour, de plus en plus instable et violent, il est à nouveau "placé" durant près d'un an dans un hôpital psychiatrique d'adultes au Liban, traité par un neuroleptique majeur, sans aucune amélioration... Il en sortait assez rarement pour aller dans sa famille.

Sa mère est ainsi venue en France, comme il le lui avait été conseillé, pour tenter "de faire soigner son fils", malgré le refus catégorique de son époux de s'occuper désormais de Jamal.

Lors de son arrivée, Jamal était très anxieux, très agité, quasiment mutique. Le contact était difficile à établir, d'autant qu'il s'exprimait assez mal en français. Il parlait de sa famille avec froideur, présentait un certain parasitisme mimique et gestuel inquiétant. Au bout de quelques semaines cependant, mis en confiance dans le climat assez tolérant du pavillon, il est apparu peu à peu assez différent à tous, ce qui a permis de mettre en doute le diagnostic de psychose envisagé au Liban. Certes, il fabulait, racontait parfois des histoires bizarres sur un mode ludique, présentait des colères clastiques aux moindres frustrations, mais il n'existait pas de troubles manifestes du contact. Au contraire, Jamal recherchait de plus en plus la compagnie des adultes soignants, manifestait une grande quête affective. Son séjour hospitalier fut émaillé de nombreux incidents ou par son comportement provocateur, il se mettait en situation d'être rejeté par les autres patients, adultes ou adolescents, de façon répétitive. Il apparaissait comme un adolescent intelligent, assez souple affectivement, relativement bien adapté à la réalité. Il se trouvait en situation d'échec importante, accrue par ses difficultés pubertaires, la dévalorisation et le rejet de sa famille. Les troubles qu'il présentait, plus ou moins psychiatrisés par ses séjours hospitaliers antérieurs ont semblé en partie réactionnels à un passé assez traumatisant, sans qu'ils soient organisés sur

un mode psychopathologique actuellement structuré.

Madame A..., installée en France pour la durée du séjour hospitalier de Jamal, est venue le voir et l'emmener chez elle pour les week end très irrégulièrement, malgré les demandes réitérées de la part de l'équipe. Personnalité assez rigide, froide et peu affective, elle semblait avoir assez peur de son fils. Assez culpabilisée des troubles qu'il présentait et de ses placements successifs, elle semblait authentique dans son désir de le faire soigner, mais pressée de rejoindre sa famille au Liban, lorsqu'une orientation thérapeutique satisfaisante aurait été aménagée. De par l'absence de ressources psychiatriques libanaises satisfaisantes pour cet adolescent, une solution d'internat thérapeutique à petit effectif dans la région parisienne fut envisagée. Cette solution fut acceptée avec un certain soulagement par Jamal et sa mère.

Malgré des conditions initiales particulières, cette hospitalisation a permis, grâce à une observation prolongée dans un milieu assez neutre et tolérant, de réenvisager et mettre en doute un diagnostic antérieur lourd de conséquences. Les relations interpersonnelles assez stables que cet adolescent a pu nouer avec les soignants lui ont permis d'accéder à une certaine confiance en ses possibilités réelles, point de départ possible d'une restauration ultérieure des frustrations affectives de l'enfance et d'un abord psychothérapique. Les entretiens avec Madame A..., bien que peu fréquents, lui ont permis de réinvestir quelque peu son fils, jusqu'alors

vécu comme un objet dévalorisant et dangereux. Les difficultés rencontrées pour trouver un internat thérapeutique acceptant un patient avec de si faibles possibilités de collaboration avec la famille furent importantes.

Enfin, les difficultés habituelles pour ces ressortissants étrangers, d'une collaboration efficace avec les instances médicales locales, les services sociaux et sanitaires, furent accrues par l'ambivalence et l'intolérance du milieu familial à l'égard de cet adolescent.

Dans certains cas, l'hôpital général a l'intérêt d'offrir des possibilités de déconditionnement temporaire dans un milieu assez proche du milieu naturel, tout en facilitant la collaboration avec d'autres spécialistes de l'hôpital et l'abord progressif des parents.

Albert S... fut ainsi hospitalisé pour une paraplégie survenue au décours d'un accident. Cet épisode paralytique avait évolué en deux temps : le premier épisode survenu quelques heures après le traumatisme initial avait motivé un bilan organique en neurochirurgie, strictement normal. Au bout de 8 jours, les troubles

moteurs avaient spontanément régressé et Albert avait repris le chemin du lycée, non sans quelques difficultés. Il se réhabituait mal au rythme scolaire, se plaignait de maux de tête, de ne plus pouvoir étudier. La réapparition de la paraplégie des membres inférieurs après cet intervalle libre a coïncidé très précisément avec le départ des parents d'Albert, en Israël chez un fils aîné. Albert redoutait ce départ, prévu depuis longtemps, vécu comme un abandon dans la phase dépressive qu'il traversait.

Après un bref séjour dans un service de neurologie d'adultes, où une organicité des troubles fut écartée, Albert "fut transféré" dans le service de psychiatrie infanto-juvénile de la Salpêtrière. L'impotence motrice était alors totale. Il était très anxieux de ce symptôme, de ne pas comprendre ce qui lui arrivait, très tourmenté pour ses études, par des représentations angoissantes concernant sa famille. Il se plaignait de troubles visuels récents, de céphalées continuelles.

Une attitude assez ferme de l'institution avec isolement de courte durée, prescription médicamenteuse et une certaire suggestion rassurante des soignants concernant l'efficacité rapide de ces mesures s'est accompagnée d'une sédation assez rapide des troubles moteurs des membres inférieurs, le jour même du retour des parents de leur voyage et de leur première visite.

Monsieur et Madame S... sont revenus, culpabilisés et inquiets. "La maladie et l'hospitalisation" de leur fils s'étaient déroulées

durant leur absence, pendant leurs vacances, sans qu'ils en aient été avertis....

Rapatriés de Tunisie depuis 1960, ils semblaient des personnalités assez fragiles évoluant dans un cercle familial assez fermé et peu libéral.

Madame S..., 50 ans, personnalité anxieuse et phobique, semblait facilement hyperprotectrice à l'égard de ses enfants. Elle limitait considérablement les possibilités d'autonomie d'Albert qu'elle traitait comme un enfant, ayant quelque peu scotomisé ses transformations pubertaires récentes. Ses préoccupations essentielles concernaient l'alimentation et la santé de ses enfants. Son anxiété et son ambivalence, réactivées par l'accident traumatique de son fils, se sont projetées sur l'institution hospitalière de multiples façons. Elle a exercé de nombreuses pressions pour tenter de faire sortir prématurément son fils à plusieurs reprises, lui apportait de grandes quantités de nourriture de peur qu'il ne "dépérisse" à l'hôpital..., s'inquiétait de son poids, de sa taille, de ses relations avec les soignants.

Monsieur S..., 59 ans, semblait capable de canaliser parfois l'anxiété excessive continuelle de sa femme, d'avoir une relation plus rassurante avec son fils et de lui laisser prendre quelques initiatives.

Des entretiens hebdomadaires avec les parents ont permis une dédramatisation progressive de l'hospitalisation et des troubles présentés par Albert ; une prise de conscience partielle de leur origine réelle. Quelque peu rassurés et déculpabilisés, une verbalisation progressive de leurs attitudes réciproques à l'égard de leur fils, des modes de communication dans la famille leur a été possible.

Albert est le dernier d'une fratrie de quatre : les trois aînés sont mariés mais les liens familiaux sont restés très étroits, les contacts fréquents entre les divers membres d'une cellule familiale assez fermée. Seul le fils aîné installé en Israël semblait assez autonome et indépendant. Assez lié à son frère qui lui offrait une image identificatoire rassurante, Albert avait mal supporté son départ et pensait le rejoindre prochainement.

Les visites des parents furent volontairement réduites à deux jours fixes par semaine dans un premier temps. Cette nécessité s'imposa rapidement du fait de leur intrusion continuelle dans la vie de leur fils à l'hôpital, ne lui facilitant pas une quelconque progression personnelle.

Grâce à l'entourage assez ferme et chaleureux des soignants, l'aide pédagogique apportée par les enseignants, afin de l'aider à obtenir son BEPC très investi, les activités éducatives réalisées en petits groupes, des entretiens psychothérapiques, Albert a pu prendre quelque distance par rapport à ses symptômes et verbaliser

ses conflits, ses angoisses, ses difficultés relationnelles. Des sorties hors de l'hôpital lui furent proposées assez rapidement. Il accepta avec quelques réticences, ne put les envisager qu'avec sa famille. Ses premières sorties furent émaillées de nombreux incidents : Albert avait assez peurdes voitures dans la rue, peur de prendre le métro, de traverser les rues, il ne supportait pas le bruit. Il fit de nombreuses "crises" lors des week end passés dans sa famille, alors que n'existaient plus de manifestations de "conversion" à l'hôpital. A plusieurs reprises la situation étant par trop conflictuelle et insupportable pour lui, il s'en alla impulsivement, très angoissé. Ces sorties dans la famille ont permis d'actualiser un cortège phobique ancien réactivé par le traumatisme et une prise de conscience de ses difficultés relationnelles avec ses parents qu'il déniait jusqu'alors. Peu à peu moins angoissé, moins phobique, Albert souhaitait sortir de l'hôpital pour reprendre ses études. Sa sortie fut décidée cette fois d'un commun accord avec la famille, avec poursuite d'une psychothérapie hebdomadaire. Albert a pu peu à peu s'autonomiser par rapport à ses parents, passer son BEPC avec succès et partir pour les vacances d'été en Israël rejoindre son frère aîné.

Malgré des conditions initiales assez délicates pour eux, l'aide apportée aux parents durant cette hospitalisation leur a permis de collaborer peu à peu au traitement de leur fils, d'en accepter la poursuite ultérieure prolongée. Leurs résistances initiales favorisaient plus ou moins directement celles de leur fils. Le symptôme alarmant

ayant rapidement disparu, ils l'estimaient "guéri" puisque symptomatiquement, ils comprenaient mal la nécessité de poursuivre une hospitalisation en milieu psychiatrique, difficilement acceptable dans ce qu'elle comportait pour eux d'implication personnelle. Dans un milieu dédramatisant ses symptômes, Albert a pu trouver des éléments d'ouverture extra-familiaux et investir suffisamment une relation psychothérapique pour la poursuivre ultérieurement, s'autonomiser de façon durable d'avec sa famille.

On peut se demander a posteriori quel aurait pu être l'impact d'une aide psychologique plus précoce, dès les premières manifestations paraplégiques initiales. Peut être aurait-elle permis d'éviter, par une prise en charge extra-hospitalière de l'adolescent et de sa famille, cette deuxième hospitalisation décidée dans un climat d'anxiété plus grande, dans des conditions plus difficiles pour tous.

L'implantation particulière du service de psychiatrie infantile de la Salpêtrière a souvent permis de recourir aux possibilités d'investigations complexes dont dispose un hôpital général, grâce à son équipement hautement spécialisé. Les patients qui présentaient une pathologie complexe, des troubles affectifs et relationnels intriqués à une pathologie organique de diagnostic difficile ont ainsi pu bénéficier d'explorations approfondies dans un milieu tolérant. Ceci a pu permettre un débrouillage conjoint de troubles organiques et psychopathologiques complexes. L'orientation thérapeutique en collaboration avec des spécialistes de disciplines diverses en a été facilitée.

L'hospitalisation durant quatre mois de Jacques L... fut a ce titre assez représentative. Ce lycéen de 18 ans fut adressé par un psychiatre de province car le bilan diagnostique s'était avéré particulièrement délicat, l'orientation thérapeutique difficile dans sa région.

Depuis un an et demi Jacques présentait des symptômes inquiétants, progressivement aggravés, qui pouvaient faire évoquer un diagnostic de psychose. Son caractère avait changé. Il était devenu bizarre, lointain, renfermé. Il s'était progressivement désintéressé de son travail scolaire, jusqu'alors très investi ; il ne pouvait plus l'assumer depuis quelque temps. Ses goûts s'étaient modifiés.

Il était devenu négligeant, rêveur, désordonné et grossier ; il présentait des crises d'angoisse aiguës, des troubles du sommeil importants, symptômes en contraste manifeste avec son état antérieur. Il ressentait surtout de façon étrange, indéfinissable, des phénomènes hallucinatoires de plus en plus fréquents qui le gênaient et l'inquiétaient vivement : audition de voix qui s'apparentaient par leur tonalité à celles de ses professeurs et de ses camarades, avec un caractère insultant et moqueur. Des illusions visuelles s'y ajoutaient parfois : vision de lumière, de transformation de la fenêtre, illusions dysmorphosiques avec impression que les objets de l'environnement rapetissaient ou au contraire grandissaient. Parfois, il avait des visions plus élaborées de paysages ou d'animaux plus ou moins déformés. Beaucoup plus rarement, des perceptions très brèves d'une odeur de sciure de bois. Il gardait cependant une attitude critique par rapport à ces phénomènes qu'il qualifiait lui-même de virtuels.

Le caractère très particulier de cette symptomatologie reconstruite peu à peu et difficilement au fil des entretiens, malgré les réponses floues, souvent contradictoires de ce patient, ont fait envisager la possibilité d'une pathologie mixte, organique associée. Les données anamnestiques allaient en ce sens.

En effet, outre une anoxie néo-natale après un accouchement difficile par le siège, la petite enfance avait été marquée par plusieurs symptômes chargés de signification : des difficultés alimentaires frisant l'anorexie, avec refus persistant de mordre, de

mâcher ; une encoprésie habituelle durant la cinquième année ; des terreurs nocturnes intenses vers 7-8 ans, avec quelques accès de somnambulisme peu fréquents.

Enfin, vers l'âge de 11 ans, étaient survenues des crises comitiales. Ces crises partielles, psycho-sensorielles, secondairement généralisées, avaient rapidement été bien contrôlées par un traitement anti-comitial. Cependant, la réapparition nocturne ultérieure de crises partielles motrices de l'hémicorps gauche, constatées par Madame L... avait pris une signification très particulière dans l'équilibre familial. Madame L... avait ainsi fait dormir durant une année son fils dans son propre lit (il avait alors 12 ans), reléguant un mari souvent absent et sans autorité, dans le lit de son fils lorsqu'il rentrait, avec "l'alibi" de vérifier le caractère et la fréquence de survenue des crises.

Ces différentes données anamnestiques ont permis d'éclairer quelque peu la symptomatologie complexe présentée par ce patient, et de rattacher en partie à la comitialité ancienne les phénomènes hallucinatoires particuliers qui le gênaient. En effet, la survenue de ces crises partielles, psycho-sensorielles, visuelles, auditives et olfactives assez typiques, semblaient s'insérer dans un vécu global de destructuration partielle de la conscience, de sentiments indéfinissables d'isolement, d'irréalité de l'ambiance et de lui-même, caractéristiques du "dreamy state".

L'électroencéphalogramme sous sommeil a confirmé cette hypothèse d'une comitialité temporale intriquée, en montrant une activité électrique paroxystique dans la région temporale droite. Les investigations complémentaires complexes (fond d'oeil, radio de crâne, examen vestibulaire, audiogramme, gammagraphie cérébrale) ont permis d'éliminer la possibilité d'un processus expansif.

Une diminution temporaire des phénomènes hallucinatoires a coïncidé avec la prescription d'un traitement anti-comitial associant Trinuride et Tégrétol. Cette amélioration a permis d'établir avec Jacques un contact moins fuyant et plus proche. Il a ainsi pu exprimer son impression angoissante de perte de force et les premiers troubles qui l'avaient beaucoup inquiété. Il s'agissait d'arrêt de la pensée avec impression de vol, de détournement par des appareils bruyants dans la rue, comme si le bruit des moteurs captait sa pensée, puis par les appareils ménagers dans la cuisine de sa mère, enfin par les radiateurs à l'hôpital. L'association au traitement anti-comitial d'une médication neuroleptique a entraîné une amélioration plus durable. Il a pu reprendre quelques activités solitaires dans sa chambre (lecture par exemple) sans toutefois pouvoir participer aux activités de groupe avec les autres adolescents toujours vécues de façon angoissante.

Les contacts avec la famille furent difficiles, accrus par la distance géographique. La situation familiale a semblé assez particulière. Madame L..., personnalité facilement anxieuse et

méfiante semblait assez défensive à l'égard des soignants. Elle n'a pu se déplacer à grand peine que deux ou trois fois durant le séjour prolongé de son fils, peut être avait-elle une phobie des voyages... Son mari la décrivait timide, renfermée, sortant peu de chez elle. Elle s'exprimait de façon quasi déréelle, avec une certaine inconsistance, un décalage manifeste entre les affects qu'elle exprimait et l'indifférence, l'imprécision avec laquelle elle en parlait.

Monsieur L..., vétérinaire non installé faisait des remplacements depuis une dizaine d'années, ce qui expliquait ses fréquentes absences du domicile familial. Personnalité également assez fragile et anxieuse, peu présent dans la famille, il laissait sa femme assurer seule l'éducation de leurs trois enfants non sans angoisse. Il aurait présenté quelques années auparavant une intempérance éthylique plus ou moins sous-tendue par un état dépressif important. Lui-même aurait reçu des soins psychiatriques à plusieurs reprises au décours d'une affection hématologique récente.

Jacques est l'aîné d'une fratrie de trois. Une soeur plus jeune de 13 mois aurait présenté des difficultés alimentaires importantes dans la petite enfance, avec un refus persistant de mâcher et une alimentation exclusivement lactée jusque vers 4 ans. Il semble que l'autre soeur n'ait pas eu de difficultés particulières.

Au décours d'un séjour hospitalier assez prolongé (4 mois), les contacts avec Jacques demeuraient toujours difficiles, l'amélioration de son état partielle. Les phénomènes hallucinatoires sem-

blaient plus rares, mais il restait de contact lointain, dans son monde intérieur. L'association "aux symptômes comitiaux", en partie contrôlés par le traitement médicamenteux, de modalités de fonctionnement psychique d'allure psychotique pouvait faire discuter leur signification par rapport à la personnalité pré-existante, probablement fragile et mal structurée.

L'orientation de ce patient a été particulièrement difficile à aménager du fait de l'éloignement géographique. Une prise en charge idéalement souhaitable dans une institution à séjour partiel (type hôpital de jour), capable d'assurer un traitement intensif au long court, en collaboration étroite avec la famille n'a pas été possible, faute de structure régionale de ce type pour adolescents. Une prise en charge institutionnelle à temps complet, malgré les aléas de l'éloignement géographique avec la famille a semblé seule envisageable. Les difficultés rencontrées lors de l'orientation de ces patients venus de lointaine province sont accrues surtout lorsqu'il n'existe pas, comme c'était le cas, de structure locale capable d'assurer les soins ultérieurs.

Enfin, cette association syndromatique assez rare chez un adolescent d'une comitialité temporale et d'une psychose soulève des problèmes psychopathologiques et théoriques qui pourraient déboucher sur diverses possibilités d'enseignement et de recherches cliniques et paracliniques.

Malgré une certaine dispersion de ses activités, le service de psychiatrie infanto-juvénile de la Salpêtrière présente l'avantage d'offrir un éventail de ressources hospitalières assez diversifiées et complémentaires, capables de faire face aux problèmes psychopathologiques lourds et complexes présentés par des adolescents de tous âges.

Ils peuvent y être accueillis dans des unités thérapeutiques très ouvertes ou plus fermées, avec des enfants ou des adultes. Ceci permet une grande souplesse de fonctionnement s'adaptant aux besoins et aux intérêts de chacun.

Outre des ressources thérapeutiques polyvalentes, les activités éducatives, récréatives, pédagogiques autour de soignants motivés se développent. Des sorties fréquentes dans les milieux récréatifs et culturels de la cité facilitent les ouvertures nécessaires vers le milieu social extérieur.

L'existence conjointe d'unités d'hospitalisation pour enfants et adultes facilite la poursuite des soins par la même équipe médico-sociale, fait particulièrement important pour les adolescents.

Le dispositif hospitalier de dépistage, traitement ambulatoire et de post-cure, malgré certains aléas de son fonctionnement, joue un rôle capital dans la prévention, l'évitement de l'hospitalisation et la poursuite des soins, nous l'avons vu.

L'existence de consultations externes très spécialisées permet une meilleure efficacité de l'ensemble.

L'implantation de ce service dans un hôpital général présenté l'avantage de réaliser un milieu d'accueil inséré dans la cité, assez proche du milieu naturel, souvent moins angoissant pour l'adolescent et sa famille qu'un service d'hôpital psychiatrique décentré géographiquement.

Ces éléments réalisent des conditions assez favorables à l'individualisation prochaine de plusieurs unités d'hospitalisation pour adolescents au sein de ce service.

L'existence de services de psychiatrie à l'hôpital général, dans un centre hospitalo-universitaire permet par ailleurs des contacts fréquents avec les médecins de toutes disciplines et les administrateurs d'hôpitaux. Les échanges réalisés conduisent peu à peu à réfléchir sur les concepts traditionnels de la "maladie physique". La structure matérielle et psychologique de l'hôpital général peut ainsi être repensée en commun pour qu'il devienne un centre de traitement plus humain et chaleureux pour "malades" et non plus pour maladies où les relations humaines aient leur place.

La collaboration avec les pédiatres et autres spécialistes permet de faire appel à eux pour les cas complexes, lorsqu'une affection organique est intriquée aux perturbations affectives

et nécessite un bilan spécialisé. Lorsque surgissent des problèmes d'ordre psychiatrique chez un de leurs patients, il est possible de réfléchir à leur demande et de tenter d'y répondre en commun.

La constitution d'équipes médico-sociales mobiles dans l'hôpital disposant de temps, d'un personnel suffisant et de moyens techniques diversifiés pourrait permettre de répondre plus efficacement à des demandes souvent considérables.

L'enseignement des sciences humaines et de la psychiatrie aux étudiants en médecine, psychiatres en formation, et divers travailleurs de santé mentale est rendu plus vivant grâce aux échanges réalisés. Les possibilités de recherche clinique, psychopathologique et psychothérapique par exemple, en sont accrues.

CHAPITRE III

QUELQUES EXPERIENCES ORIGINALES D'HOSPITALISATIONS D'ADOLESCENTS EN FRANCE ET A L'ETRANGER

III

Nous nous efforcerons de résumer dans ce chapitre quelques expériences d'hospitalisation d'adolescents en France et à l'étranger, grâce aux lectures que nous avons pu faire dans des périodiques de langue française et anglaise. Ce travail ne se veut pas exhaustif et se propose seulement de dégager quelques éléments qui sont pour ces auteurs favorables au traitement psychiatrique hospitalier des adolescents, à la lumière de leurs expériences personnelles.

En France, diverses expériences hospitalières dont certaines sont déjà anciennes, ont tenté de répondre aux besoins suscités par les troubles psychiatriques des adolescents.

SIVADON et Collaborateurs rapportent déjà en 1955 une expérience originale réalisée dans un service psychiatrique fermé d'adultes de structure asilaire classique. Ils ont regroupé dans un pavillon de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard un groupe d'adolescents de 17 à 21 ans. Ils insistent sur la nécessité de laisser aux adolescents une grande liberté, une grande variété dans les occupations proposées, jamais imposées. Ceci implique une certaine plasticité du règlement administratif qui soit capable de tenir compte des facteurs intrinsèques propres à l'adolescence, de leurs besoins particuliers.

Pour les auteurs, la création de services spéciaux pour adolescents pourrait permettre idéalement d'organiser les activités et la structuration du service en fonction de la clientèle reçue. Ceci permettrait une meilleure adaptation grâce à une formation du personnel et l'utilisation de ressources plus adéquates. Mais la difficulté technique majeure d'une telle isolation leur semble une sorte de récusation de la société d'adultes dite "normale". Après un séjour de plusieurs mois dans un milieu hospitalier artificiel, les difficultés de réintégration sociale risquent d'en être accrues.

L'animation d'un groupe de jeunes au sein d'un service d'adultes, telle l'expérience qu'ils évoquent, leur semble une meilleure solution. Elle ne nécessite pas la création d'un nouveau service, ne soulève pas de grandes difficultés d'ordre matériel. Elle permet de garder un contact naturel avec les adultes. La constitution d'un groupe d'effectif suffisant, capable de se structurer de façon dynamique et vivante est un préalable indispensable. Il est important pour eux de proposer des activités occupationnelles d'éventail assez large, certains adolescents sont ainsi plus attirés par un travail régulier, capable de déboucher sur une formation professionnelle ultérieure. D'autres s'accommodent mieux d'activités plus gratuites, artistiques par exemple, avec un emploi du temps assez souple.

Ils envisagent les difficultés importantes des adultes soignants, souvent peu préparés à un travail thérapeutique orienté

vers les adolescents, ce qui implique un engagement important de leur part. Le contact, les relations avec les adolescents en constitue un des aspects thérapeutiques essentiels. Certains supportent assez mal les tentatives d'opposition et d'indépendance des adolescents, ce qui va parfois jusqu'au refus net d'accepter la situation. Ils réclament de façon ambivalente et contradictoire aux adolescents la sagesse et le rendement d'un adulte, tout en exigeant la soumission et les marques de respect qu'on attend parfois d'un enfant.

L'hospitalisation d'adolescents dans un service d'enfants ne semble pas à ces auteurs très souhaitable car vécue de façon souvent pénible pour le patient qui considère ce geste comme un refus symbolique de les intégrer dans leur clan.

Les techniques d'observation et de psychothérapie dans un centre d'observation pour adolescentes de 14 à 18 ans dans la banlieue lyonnaise sont rapportées par BOURJADE et Collaborateurs en 1955.

Un rôle important est accordé à des équipes thérapeutiques très diversifiées et de fonctionnement assez souple, largement ouvertes sur le monde extérieur. Le climat de confiance et de spontanéité réalisé, permet une observation essentiellement

dynamique évitant de renforcer les défenses des adolescents, tout en respectant les éléments de discipline élémentaire au maintien d'une vie collective.

L'importance conférée à la recherche de moyens d'expression projectifs mieux adaptés, offre en outre aux adolescents une certaine possibilité de libération de leurs difficultés : développement d'ateliers diversifiés, de possibilités d'expression écrite par exemple, ayant une valeur psychothérapique réelle pour les auteurs.

La constitution d'une section autonome de 25 adolescentes au sein d'un hôpital psychiatrique réalise une expérience un peu voisine. L'auteur (HEURTEVENT, Thèse Paris 1969) insiste également sur le développement d'un éventail assez large d'activités manuelles ou intellectuelles dans un climat libéral, favorisant l'autonomie et l'indépendance des adolescentes avec pour corollaire une certaine discipline permanente et consentie de leur part. Il souligne également l'intérêt d'utiliser des modes d'expression plus ou moins projectifs à cet âge : peinture, expression corporelle, théâtre par exemple. Les difficultés de réinsertion professionnelle après la sortie sont considérables du fait de la carence en structure de transition pour adolescents.

A côté de ces expériences "où la ségrégation des sexes" est maintenue du fait des conditions d'implantation dans des structures assez traditionnelles, l'utilisation thérapeutique de groupes mixtes, d'effectifs restreints, d'enfants et d'adolescents atteints de troubles psychiatriques graves, présente un grand intérêt pour DEMAY et Collaborateurs (1968).

Le regroupement de 6 ou 7 enfants et adolescents d'âges et de sexes différents, autour d'une infirmière, permet de réaliser une sorte de maternage de type familial. La mixité permet la création d'une ambiance familiale, plus proche de la vie normale qu'un internat unisexué assez artificiel. Ceci dans un climat d'acceptation des modes d'expression, préalable à la communication. Pour ces auteurs, la mixité peut révéler en leur permettant de s'exprimer, certains comportements imprévisibles et inattendus, qui révèlent des aspects méconnus de la vie relationnelle et affective des patients, faits qui dans d'autres conditions seraient restés inexplorés.

Malgré les difficultés rencontrées, un tel climat mixte et libéral permet pour les auteurs la réalisation symbolique de désirs jusqu'alors inconscients, certains aspects cathartiques, d'où un meilleur abord psychothérapique. Il faciliterait la possibilité de recréer des situations antérieures traumatisantes ainsi que la révélation des fantasmes singuliers et de groupe...

Du fait d'une réelle autonomie des groupes les uns par rapport aux autres dans la vie quotidienne, les activités proposées et adoptées semblent assez diverses. Les différences de formation du personnel infirmier ou éducatif accentuent la personnalisation et le caractère familial de la vie de chaque groupe.

Dans les établissements de la fondation Santé des Etudiants de France, réservés aux lycéens des classes terminales et aux étudiants, sont réalisées des expériences thérapeutiques différentes, généralement conçues pour des adolescents psychotiques : tels la Clinique Médico- Psychologique DUPRE à Sceaux et à Grenoble, le Centre Médico-Psychologique de la rue du Conventionnel Chiappe à Paris, la Clinique Burloud à Rennes et plus récemment ouvert le Centre Psychothérapique Jean Sarhail à Air sur l'Adour conçu pour des lycéens (DOUADY et Coll., 1967 ; DANON-BOILEAU et Coll., 1968).

Le traitement y est organisé de telle sorte que convergent sur les patients des éléments thérapeutiques divers : traitements biologiques, psychothérapies analytiques souvent courtes, en même temps qu' un "réentraînement universitaire et professionnel". L'ergothérapie "y est conçue comme une distraction qui ne doit pas faire concurrence aux études"... Les patients peuvent continuer leurs études pendant la durée de leur séjour, ce qui constitue un instrument thérapeutique important pour les auteurs et un facteur de réalité tangible.

De nombreux enseignants de disciplines diverses y travaillent en collaboration étroite avec les différents organismes de l'Education Nationale, ce qui facilite bien souvent l'intégration universitaire du patient ou sa réorientation si cela s'avère nécessaire. Ces services sont libres et ouverts et les auteurs insistent sur les efforts de chacun pour participer à la cohésion de groupes assez lourds et hétérogènes, sans escamoter les causes d'inévitables et nécessaires conflits. Des contacts fréquents sont réalisés pour que les conflits demeurent fructueux et soient verbalisés lors des réunions. Elles regroupent les différents membres du personnel médical, infirmier et pédagogique, parfois administratif. Les infirmiers ont un rôle particulièrement délicat. Ils subissent souvent les contre-coups des réactions et des troubles du comportement des malades ; ils ont à faire respecter les éléments de discipline institutionnelle générale assez souple, nécessaires pour maintenir un climat rassurant et réaliste. Le but essentiel recherché, est pour les auteurs, l'ouverture sur le monde extérieur, dès les premiers jours de l'hospitalisation si l'état du patient le permet, évitant ainsi de le séparer de son contexte familial et social. L'hospitalisation se veut réassurante et organisatrice, de formulation assez souple, afin de permettre une adaptation de"l'instrument thérapeutique" au plus grand nombre de patients, tout en assurant la nécessaire continuité des actions thérapeutiques entreprises.

Les services d'admission et de post-cure sont en liaison avec les centres de médecine préventive universitaire et certains

centres médico-psychologiques. De telles institutions sont encore rares et n'existent pas dans la plupart des grandes villes universitaires...

A l'étranger, plusieurs publications rapportent le développement de structures hospitalières pour adolescents dans des cadres assez divers. Les auteurs s'accordent à attacher une importance particulière à l'ouverture indispensable de ces services : sorties récréatives et éducatives dans la cité ou le milieu familial favorisant l'autonomisation des adolescents et les contacts avec adolescents et adultes normaux.

C'est ainsi qu'en ouvrant en 1957, près d'Edimbourg la première unité écossaise d'hospitalisation psychiatrique pour 16 adolescents des deux sexes MAGILL et Collaborateurs se sont tout particulièrement attachés à ce point (1968). Des sorties ont lieu quotidiennement dans la cité voisine avec des objectifs très variés y compris des sorties prolongées dans le famille. Après un bref rappel des troubles émotionnels et mentaux rencontrés chez 300 de leurs jeunes patients, les auteurs soulignent l'importance des relations avec les divers membres de la direction hospitalière pour obtenir un tel statut, et les efforts pédagogiques entrepris.

La nécessité de maintenir une autorité suffisante et rassurante tout en offrant un climat libéral et souple, les difficultés particulières des soignants sont abordées de façon assez vivante par TURLE (1960). Cet auteur expose les nombreuses difficultés rencontrées lors de l'ouverture en 1959 d'un service pour 16 adolescents de sexe masculin dans un hôpital situé près de Canterburry. Il retrace l'évolution des idées sur le fonctionnement de cette unité thérapeutique. Le climat d'extrême permissivité réalisé initialement avec essai d'auto-gouvernement s'est révélé être un échec, car peu sécurisant pour les adolescents qui attendaient des adultes soignants comme de leurs parents une certaine autorité. Un régime "d'autocratie bienveillante" lui a succédé, l'autorité des adultes y était tempérée par des mesures libérales d'un accord commun. L'organisation y est suffisamment souple pour répondre aux besoins largement divergents des adolescents. Elle réalise une véritable"communauté thérapeutique" où chacun peut apprendre à agir et trouver des satisfactions au jour le jour. Les responsabilités du personnel infirmier sont importants, proches de celles des parents et rendent leurs tâches assez lourdes, particulièrement le soir après 17-18 heures, lorsque les activités organisées dans la journée ont pris fin. Des réactions agressives ou anxieuses, des conduites d'opposition se manifestent fréquemment. Certains adolescents manifestent alors leurs besoins régressifs de dépendance. Des activités récréationnelles et sociales plusieurs soirs par semaine furent organisées pour structurer ce moment particulier de la journée et soulager quelque peu le personnel infirmier. La discontinuité des

relations établies avec les adolescents du fait de leurs horaires (en trois équipes successives) est envisagée, ainsi que les problèmes de locaux rarement familierset accueillantsau sein d'un hôpital. Enfin, les auteurs insistent sur la nécessaire ouverture vers le milieu social extérieur, l'établissement d'un programme scolaire souple, souvent autant thérapeutique qu'éducatif, la collaboration étroite avec les parents.

L'importance de l'environnement et de l'architecture a été particulièrement étudiée lors de la création d'une unité d'hospitalisatio psychiatrique mixte pour adolescents par la campagne écossaise en Avril 1968 (HALDANE et Coll., 1968). Les efforts entrepris dans la conception de l'architecture et la décoration des lieux ont permis de réaliser l'aspect d'une maison individuelle familiale et accueillante, plus que celui d'une structure institutionnelle froide et traditionnelle. L'insonorisation des pièces, une décoration discrète et vivante offre à chacun des possibilités conjointes de communication et de vie privée personnelle. L'utilisation de pièces à usage multiples permet une plus grande souplesse d'usage et de fonctionnement pour les patients comme pour les membres de l'équipe. Les auteurs insistent sur la très grande souplesse qui guide leur politique d'admission et le traitement des patients, pour éviter tout esprit de ségrégation. Leur but est de fournir "un environnement thérapeutique total", sans séparation cloisonnée entre l'école, la vie quotidienne, les divers temps thérapeutiques, éducatifs et récréatifs. Les adolescents des deux sexes sont ensemble une grande

partie de la journée mais les locaux d'hébergement sont propres à chaque sexe. L'environnement naturel concoure également à l'instauration d'un climat libéral et décentralisé.

En rapportant la création d'une unité mixte pour adolescents de 13 à 19 ans au sein d'une clinique résidentielle psychothérapique, HIJMAN et van den BERGH (1968) tendent d'expliciter les raisons qui les ont conduit à envisager une unité détachée consacrée au traitement des adolescents et des jeunes névrosés. D'une part, la multitude de besoins techniques foncièrement différents de ceux des adultes ; l'existence d'épisodes psychopathologiques propres à l'adolescence, l'aménagement de règlements, d'horaires différents, la nécessité d'une qualification particulière du personnel. L'appel à s'autonomiser et à prendre des responsabilités ne semble pas à ces auteurs pouvoir être envisagé de la même sorte pour des adultes et des adolescents. Ces faits interviennent dans les moindres détails d'organisation de la vie matérielle de la clinique et sont peu compatibles avec la structuration d'une clinique pour adultes. Les techniques thérapeutiques elles-mêmes, leur semblent différentes : l'effort réalisé vis à vis des adolescents a entraîné le développement de thérapies par le travail et de thérapies créatives, le recours plus fréquent à des psychothérapies de groupe et individuelles. Les patients sont répartis en quatre groupes constitués chacun de 4 jeunes gens et de 4 jeunes filles

ainsi qu'un groupe spécial dit de "décharge", centré sur les problèmes spécifiques des adolescents lors de leur réintégration sociale. Quelques idées forces guident le fonctionnement de la clinique : celles de communauté thérapeutique, de sociothérapie, d'une grande liberté accordée aux patients, d'une collaboration active et d'une motivation des patients à se soigner, ce qui récuse formellement les admissions "forcées". Une certaine politique de l'admission tend à refuser les patients psychopathiques ou socialement agressifs, considérée comme peu compatible avec l'expérience envisagée.

Pour ces auteurs, le groupe est le principal agent thérapeutique, la vie du groupe ayant par elle-même valeur thérapeutique, en fournissant un équilibre entre le stress de la confrontation aux autres et l'acceptation de soi-même. Le rôle des adultes soignants comme support identificatoire est également souligné.

Définir clairement la structure institutionnelle, les méthodes et l'attitude des membres de l'équipe leur semblent indispensables. Ils concluent qu'il serait souhaitable de construire un bâtiment isolé pour les adolescents comprenant : des locaux d'habitation et d'accueil ; un bâtiment pour les activités thérapeutiques et psychothérapiques ; un autre pour les différents services de la polyclinique.

D'autres auteurs pensent que le développement d'unités pour adolescents peut se faire partout où l'on s'intéresse aux problèmes des adolescents, en utilisant pleinement les possibilités de l'hôpital et de la communauté.

L'expérience réalisée par SUESS et Collaborateurs (1961) dans un hôpital psychiatrique d'Etat en Pensylvanie est à ce titre intéressante. Les auteurs ont ouvert dès 1957 dans leur hôpital, malgré de nombreuses résistances, deux unités d'hospitalisation de 10 lits pour adolescents de sexe masculin et féminin conçues en fonction de leurs buts sociaux assez spécifiques. Les auteurs pensent que c'est un leurre de croire que les adolescents peuvent trouver une meilleure adaptation et des possibilités identificatoires valables dans des services recevant des adultes eux-mêmes très perturbés et sont partisans de l'individualité d'un service pour adolescents. En utilisant certaines facilités de l'hôpital, ils ont pu mettre sur pied un programme thérapeutique commun avec possibilités d'apprentissage et d'enseignement, thérapies occupationnelles et récréatives. L'importante coopération des structures locales de la petite ville voisine : écoles, mouvements de jeunes, apprentissages professionnels, a permis d'intégrer leurs patients dans des activités d'adolescents normaux. C'est ainsi que sont utilisés les locaux récréatifs de la région, que 8 adolescents vont à l'école en dehors de l'hôpital, et y trouvent des possibilités très souples d'assistance scolaire

Les adolescents bénéficient de psychothérapies de groupe, trois heures par semaine ; la moitié des adolescents ont une psychothérapie individuelle deux heures par semaine. Une certaine sélection et qualification du personnel soignant et enseignant leur semble souhaitable : personnel jeune, de moins de 40 ans, peu rigide, sans idées préconçues sur les conduites normales ou anormales des adolescents et ayant une certaine volonté de vivre avec eux. Un remaniement de leurs horaires classiques s'est rapidement imposé du fait de la discontinuité des images identificatoires qui en résultait.

Ces idées rejoignent celles de TREFFERT (1969) pour qui le principal argument en faveur de la séparation d'une unité pour adolescents d'avec celle des adultes est la nécessité de créer une atmosphère différente assez structurée et stable qui permette, grâce à la souplesse des soignants, une liberté suffisante d'expression individuelle, d'ouverture sur le milieu extérieur. Dans son article, il établit le bilan de six années de fonctionnement d'une unité d'hospitalisation pour des adolescents gravement perturbés qui nécessitent un traitement d'assez longue durée (8 à 12 mois) en dehors du milieu familial, au sein d'un hôpital psychiatrique d'Etat aux Etats Unis (WINNEBAGO).

Après une période d'observation initiale d'une quinzaine de jours dans le service pour adultes, les adolescents sont transférés dans cette unité en fonction de critères assez précis, par exemple des bénéfices que l'on peut en attendre pour l'adolescent

sur le plan scolaire et thérapeutique. Les psychothérapies de groupe sont fréquemment utilisées, complétées si possible par des thérapies de famille, structurées dans le cadre d'un travail social, préférentiellement aux psychothérapies individuelles ou aux psychodrames. La nécessité d'un personnel plus nombreux et spécialisé, d'un équipement technique diversifié explique pour cet auteur le coût élevé d'une telle unité.

La comparaison des résultats obtenus à long terme pour des adolescents soignés dans un service individualisé pour eux ou dispersés dans un service d'adultes est assez riche d'enseignement et semblerait en faveur de la première modalité de soins. L'étude réalisée par BECKETT et Collaborateurs (1962) porte sur 62 adolescents de sexe masculin de 16 à 18 ans hospitalisés dans une clinique psychiatrique de Philadelphie : 35 furent soignés dans un service individualisé pour adolescents ; 27 dispersés dans le service de psychiatrie d'adultes. Les meilleurs résultats obtenus à long terme (1 à 4 ans après la sortie) pour les patients soignés dans le service d'adolescents semblent en partie liés pour les auteurs a "l'environnement thérapeutique" particulier réalisé. L'école y fait partie intégrante du programme thérapeutique, l'identification de groupe et la diffusion des thérapeutes y sont largement utilisées. Une unité très cohérente avec un fort sentiment d'identité de groupe et de singularité est ainsi réalisée pour les patients comme pour

les soignants. Le développement de programmes spéciaux,de thérapies occupationnelles et récréatives, de nombreuses activités"d'équipe" renforce cette cohésion. La structuration particulière du milieu thérapeutique expliquerait en partie la durée d'hospitalisation volontiers plus courte pour les patients hospitalisés dans cette unité. Si des facteurs, telle une meilleure fréquentation scolaire avant l'hospitalisation, de plus faibles perturbations de l'environnement familial et social, interviennent probablement de façon significative sur la meilleure adaptation ultérieure des adolescents, il apparaît cependant assez clairement à ces auteurs que l'unité thérapeutique pour adolescents semble leur offrir une aide plus efficace, qu'un service d'adultes plus conventionnel et fermé, centré sur les relations thérapeutiques individuelles.

En étudiant l'adaptation d'adolescents soignés dans un service d'adultes dans un hôpital psychiatrique près de Boston (Massachusetts) et les attitudes sous-jacentes des adultes à leur égard, GLASSER et Collaborateurs (1967) pensent qu'une grande souplesse d'organisation devrait permettre de disposer d'une unité distincte pour adolescents, tout en gardant la possibilité d'hospitaliser certains adolescents avec les pré-adolescents ou les adultes.

Au terme de leur étude, ils dégagent l'existence d'une hostilité assez nette des trois catégories d'adultes qu'ils ont

interrogés envers les adolescents : adultes soignants ; patients adultes ; parents des adolescents. Environ la moitié du personnel soignant avait une hostilité inconsciente à l'égard des adolescents ou les rejetait plus ouvertement, ne supportant pas leurs passages à l'acte, leur turbulence. Parmi les patients adultes, 63 % environ se montraient disposés défavorablement envers les adolescents et souhaitaient ostenciblement en être séparés durant leur séjour hospitalier. Ils les mettaient à distance ouvertement par une attitude moralisatrice ou autoritaire par exemple. Enfin, pour les parents des adolescents, l'hospitalisation de leur enfant représentait souvent une expérience traumatique qui réactivait leur sentiment d'infériorité et d'incompétence.

Les attitudes des parents durant l'hospitalisation de leur enfant, leurs résistances, leurs difficultés, l'importance du travail dirigé vers eux sont développées de façon assez détaillée par RINSLEY et Collaborateurs (1962) à propos des difficultés rencontrées avec les adolescents dans un hôpital du Kansas. Les auteurs pensent que le travail d'équipe avec les adolescents ne peut commencer vraiment que lorsque les efforts entrepris auprès des parents ont abouti à une certaine mobilisation de la situation familiale et des positions parentales. Il leur semble indispensable par exemple que les parents aient accepté l'hospitalisation en milieu psychiatrique et ne dénient plus l'intérêt spécifique de l'hôpital, souvent considéré

jusqu'alors comme une école ou un lieu de travail. La peur d'une remise en question personnelle, ou de voir découvertes leurs pulsions agressives ou érotiques envers leurs enfants facilite en partie pour les auteurs les nombreux essais de sabotage de leur part, surtout lorsque l'hospitalisation est décidée au terme de grosses difficultés familiales. Les interactions réciproques importantes entre parents et adolescents sont développées : adolescents souvent utilisés comme un objet dépendant, médiateurs entre les conjoints ou au contraire précocément "adultisés".... Les positions parentales entravent bien souvent la progression personnelle de l'adolescent et l'acquisition d'une relation d'objet stable. C'est ainsi que pour les auteurs le traitement psychiatrique hospitalier des adolescents ne peut être mis en oeuvre de façon valable que si les parents ont pu au préalable s'impliquer volontairement.

Un abord psychologique un peu différent du milieu familial est rapporté à l'occasion du bilan de 10 années de fonctionnement d'un service pour adolescents de sexe masculin, recevant principalement des psychotiques (sur 100 adolescents de 14 à 19 ans, 90 étaient des schizophrènes, 10 présentaient une structure psychopathique). Outre la réalisation de petites unités familiales, le développement d'activités de groupe, l'intérêt d'un personnel infirmier mixte capable de contrôler les acting out, les auteurs insistent sur l'importance de la psychologie apportée aux parents dans 2/3 des cas, principalement par l'intermédiaire du service social (HAMILTON et Collaborateurs, 1961).

Il s'agissait souvent de milieu familial particulier, très schématiquement : père faible et lointain plus ou moins hostile à l'adolescent ; mère immature, trop tolérante oscillant entre des attitudes hostiles ou trop érotiques vis à vis de leur garçon. Un grand effort fut entrepris pour tenter de réhabiliter les pères, en développant les visites et les sorties avec le père seul, favorisant ainsi les possibilités identificatoires masculines. Les contacts avec les mères furent par contre fréquemment limités en début d'hospitalisation. Les meilleurs résultats obtenus semblent pour les auteurs aller de pair avec la progression personnelle des parents.

La mise au point de ressources adaptées aux besoins des adolescents, dans un grand hôpital général de Chicago, nous a paru susceptible d'offrir quelques éléments de réflexions. Les 78 lits d'hospitalisation sont répartis en cinq unités distinctes, et offrent un éventail assez large de possibilités d'hébergement depuis l'unité fermée jusqu'à l'unité totalement ouverte. Le travail coordonné d'un comité interdisciplinaire de soignants et d'un comité d'adolescents concourt à l'élaboration du programme thérapeutique : conférences plusieurs fois par semaine ; programme spécial récréationnel et scolaire ; développement d'activités dynamiques de groupe, de sorties hors de l'hôpital. L'étude des auteurs (GARBER et POLSKY, 1970) porte sur 160 patients des deux sexes de 13 à 18 ans, hospitalisés un mois ou plus durant 10 années (1958 - 1968). Pour la plupart, il s'agissait

d'une pathologie assez variée : crise d'adolescence aiguë décompensant des troubles du caractère anciens, dans 39 cas de psychotiques (essentiellement des schizophrènes), dans 29 cas de réactions dépressives sous-tendues par des problèmes névrotiques.

Comme de nombreux auteurs, il leur semble indispensable de faire participer les parents au traitement de leurs enfants. Cette expérience leur apparaît émotionnellement gratifiante pour les adolescents, malgré leur sentiment ambivalent vis à vis de l'hôpital.

De façon plus générale, G. CAPLAN (1966) tente de dégager les éléments d'un programme d'ensemble de la communauté pour la santé mentale des adolescents. Il pense, comme GLASSER et Collaborateurs, que la réponse à la question classique de savoir si les adolescents perturbés doivent faire l'objet d'un diagnostic et d'un traitement par les services de psychiatrie infantile, de psychiatrie d'adulte ou de psychiatrie d'adolescent, est que chacun de ces services devrait idéalement être disponible pour s'occuper des adolescents, en disposant de psychiatres et de personnel ayant une connaissance et une pratique spécialisées des problèmes des adolescents. Il souligne l'opportunité de développer à côté des centres de traitement ambulatoire et de traitement de jour, des institutions de transition tels les hôpitaux de jour et de nuit, des hôpitaux de

week end, des maisons à mi-chemin et des hôtels. A côté d'internats thérapeutiques avec classes spéciales pour adolescents et personnel spécialisé qui offriraient des possibilités de traitement individuel et de groupe, il réserve une place particulière au développement de communautés thérapeutiques en milieu rural.

Pour le traitement à long terme d'adolescents très perturbés, il envisage la difficulté de prise en charge dans un service de psychiatrie infantile ou de pédiatrie, à moins de constituer un sous groupe pour adolescents, équipé de façon spécifique, toujours coûteux. Evoquant les deux possibilités classiques de soins psychiatriques dans les hôpitaux psychiatriques : dans les services d'adultes ou des services spécifiques, il reprécise les avantages et inconvénients de ces deux possibilités.

Nous venons d'envisager différents modes d'approche possibles d'adolescents, en France, en Angleterre et aux Etats Unis dans des structures hospitalières assez diverses : hôpitaux psychiatriques, cliniques résidentielles, services de psychiatrie d'hôpitaux généraux. Presque tous les auteurs se sont attachés à réaliser des ressources thérapeutiques très souples, conçues en fonction des besoins socio-culturels particuliers des adolescents, avec de larges ouvertures hospitalières et surtout vers le milieu extérieur. Ce facteur d'ouverture extérieur est essentiel pour

préparer la réintégration sociale dans les meilleurs délais, éviter tout esprit de ségrégation dans un milieu artificiel ou fermé, faciliter les contacts avec adolescents et adultes "normaux". Le développement d'activités variées, récréatives, éducatives, pédagogiques et d'apprentissage professionnel, au sein des structures hospitalières, n'est ainsi conçu que comme une première étape préludant à l'utilisation dès que possible des ressources locales voisines de la communauté grâce à des échanges fréquents. L'utilisation de thérapeutiques diversifiées, polyvalentes, coordonnées, le recours fréquent à des techniques de groupe apparaît souhaitable.

Un travail thérapeutique intensif orienté vers les familles semble un préalable indispensable au temps thérapeutique entrepris auprès des adolescents. Pour de nombreux auteurs, les meilleurs résultats obtenus sont fonction de l'implication et la progression personnelles des parents et du degré de mobilisation de leurs positions. De nombreux modes d'approche peuvent être mis en oeuvre, entretiens individuels ou de couple dont le niveau d'intervention peut être nuancé et variable : approche psychothérapique discrète, verbalisation et élucidation progressives de conflits intra-familiaux, psychothérapie individuelle de l'un ou des deux parents....

L'aménagement de petites unités fonctionnelles, l'animation de groupes mixtes de 6 à 10 adolescents autour d'un ou deux soignants facilitent l'instauration d'une atmosphère familiale et

libérale et leur offre des possibilités d'expression personnelle et d'autonomisation dans un cadre assez structuré.

Une attention toute particulière doit être accordée aux données architecturales, d'environnement et de décoration des lieux, souvent peu adaptés dans les structures hospitalières traditionnelles à la réalisation d'un climat accueillant.

Le recours à un personnel soignant relativement jeune, dynamique et peu rigide, ayant une certaine expérience de l'adolescent, et des motivations personnelles pour vivre avec eux, semble un préalable souhaitable à la réalisation de telles unités, qu'elles soient aménagées dans un service d'adultes, d'enfants ou d'adolescents. Le rôle des soignants est en effet rendu particulièrement délicat du fait de l'engagement personnel qu'implique leur action auprès des adolescents, la dimension relationnelle y est capitale. La mixité de ce personnel est également souhaitable. La présence de personnel soignant de sexe masculin en proportion suffisante (30 à 50 %) est indispensable car sécurisante, plus apte à contrôler les passages à l'acte et à maintenir un climat rassurant. Un aménagement de leurs horaires en fonction des besoins à satisfaire semble, malgré les difficultés rencontrées, avoir permis dans certains cas, une action plus cohérente évitant la dispersion et la multiplication des interventions thérapeutiques.

Outre leur intérêt théorique, ces éléments nous paraissent offrir des possibilités d'application pratique dans les réaménagements

envisageables du service de psychiatrie infanto-juvénile de la Salpêtrière, pour tenter de mieux faire face aux difficultés rencontrées avec les adolescents.

Quelques réalisations prochaines en ce sens sont déjà prévues, notamment l'individualisation de deux unités d'hospitalisation de 15 lits pour adolescents des deux sexes : quatre groupes de 7 ou 8 adolescents pourraient ainsi se structurer de façon relativement autonome autour d'un ou deux soignants, avec une orientation quelque peu différente, offrant un éventail de possibilités hospitalières variées et complémentaires : observation, traitement à court ou moyen terme, unité de soins intensifs par exemple.

L'élaboration d'un programme commun, assez spécifique et souple, pourrait tirer profit en les développant encore, des possibilités thérapeutiques, pédagogiques, éducatives et d'ouverture vers la cité existant déjà, ainsi que de celles apportées par les aménagements futurs. La création d'un hôpital de jour pour enfants et adolescents permettrait ainsi d'ouvrir certaines de ces activités aux patients hospitalisés à temps complet, d'utiliser les locaux disponibles dans la soirée ou la nuit comme établissement de suite, dont on sait la carence actuelle particulièrement aiguë pour les adolescents.

L'importance accordée à l'architecture et à la décoration des lieux permettrait d'éviter la construction de trop vastes

espaces angoissants, au profit de petites unités fonctionnelles, articulées entre elles. L'aménagement de locaux communautaires accueillants de dimensions relativement réduites, conçus pour des groupes de 8 à 10 adolescents faciliterait le maintien d'une atmosphère familiale et les échanges interpersonnels, en rapprochant naturellement les différentes pièces où se passent les événements quotidiens de la vie. Il serait souhaitable de pouvoir réserver à chaque adolescent un territoire privé personnel. Idéalement, ils devraient pouvoir disposer de chambres individuelles. L'aménagement de zones récréatives, de plein air, suffisamment vastes, équipées et accueillantes offrirait des possibilités nouvelles.

De telles réalisations permettraient d'offrir des ressources hospitalières aux adolescents de l'inter-secteur et à ceux résidant dans un inter-secteur ne disposant pas encore de chaînons hospitaliers.

Le plan de sectorisation a en effet confié la responsabilité de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile du 12ème arrondissement à ce service.

Cet inter-secteur comporte une population de 156 000 habitants, soit environ 25 385 enfants. D'après les études réalisées, un traitement approprié serait à prévoir pour environ 1 400 d'entre eux, dont 200 à 250 susceptibles d'hospitalisation. Un service de pédo-psychiatrie assez restreint, de 80 lits environ, devrait suffir,

ce qui correspond à peu près aux normes établies par la circulaire ministérielle du 16 Mars 1972. L'équipement hospitalier de base proposé par le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale prévoit en effet pour une population d'environ 200 000 habitants :

- 24 places en hôpital de jour ;
- 76 places à séjour complet ; dont 16 lits pour les cas aigus, 12 lits pour les sujets non valides ;
- 48 lits pour les hospitalisations de longue durée, compte non tenu des lits de suite.

De nombreux aménagements, des créations nouvelles sont à prévoir pour faire face à ces nouvelles responsabilités, tout en continuant dans un premier temps à assurer les soins hospitaliers d'enfants et d'adolescents déjà pris en charge par le service.

Un hôpital de jour pour enfants et adolescents, implanté dans l'hôpital, fonctionnera en étroite collaboration avec le service d'hospitalisation à séjour complet, nous l'avons dit.

L'aménagement du centre de dépistage, de traitement ambulatoire hospitalier en structures articulées et coordonnées avec les dispensaires du secteur permettra à la même équipe psychiatrique d'assurer sur place le diagnostic et la post-cure, en coordination avec les structures hospitalières d'accueil. Le développement accru des consultations hospitalières spécialisées telles

qu'elles existent déjà mettra à profit l'équipement spécialisé dont dispose cet hôpital général : consultations d'épileptologie, de phoniatrie, de psychomotricité, d'endocrinologie, etc...

La création de plusieurs dispensaires d'hygiène mentale dans le 12ème arrondissement, permettra de décentrer les actions extra-hospitalières, "éléments de base du dispositif de secteur". Il faudrait prévoir des locaux, un personnel, un équipement suffisants, pour y assurer conjointement aux éléments concourant à l'élaboration diagnostique la mise en oeuvre de psychothérapies et de diverses techniques thérapeutiques ou rééducatives : relaxation, psychomotricité, techniques de groupe par exemple. Ces dispensaires auront un rôle de liaison important pour informer, répondre aux premières demandes, assurer l'orientation des patients, avec le souci constant de ne pas psychiatriser la communauté. La création d'articulations indispensables avec les organismes de l'Education Nationale, les consultations d'orientation éducative, les divers établissements pour adolescents du secteur, permettront d'assurer des échanges réguliers d'informations et la continuité des actions entreprises.

Une collaboration réelle avec les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques et centres de diagnostic et de traitement ambulatoire privés existants jusqu'alors permettra d'éviter une dispersion des efforts et d'harmoniser au mieux leur action commune.

Pour élargir les possibilités de réinsertion, le développement de modalités d'assistance à domicile, la création d'établissements de suite, dont nous avons vu l'insuffisance numérique particulièrement aiguë pour les adolescents, paraissent indispensables :

- foyers d'accueil avec large ouverture sur l'extérieur dont la pénurie actuelle est très grande ;
- développement de centres de travail en milieu protégé : ateliers protégés, centres d'aide par le travail ;
- création de structures de transition et d'unités d'hospitalisation partielle, de soir et de nuit, éventuellement de week end.

Le nouveau chaînon hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile réaménagé comportera ainsi des possibilités conjointes et complémentaires d'hospitalisation totale et à séjour partiel (hôpital de jour, unités de soir et éventuellement de nuit) et un important centre de diagnostic et de traitement ambulatoire en articulation avec les dispensaires décentrés dans la cité. Le groupement ainsi réalisé permettrait, outre le maintien pour un même patient de la continuité de la relation établie avec l'équipe thérapeutique et éducative, l'utilisation à temps plein et sur place des différents personnels et une coordination réelle entre les différentes équipes psychiatriques. La proximité dans le même bâtiment d'une unité d'hospitalisation psychiatrique pour adultes permettrait une meilleure coordination entre les équipes de psychiatrie d'enfant et celles de psychiatrie générale, fait particulièrement important et

souvent difficile à réaliser pour les adolescents. Son implantation au sein d'un hôpital général lui permettra de bénéficier directement de son équipement très spécialisé : collaboration accrue avec les services de pédiatrie et le laboratoire de génétique qui devraient être implantés dans le même bâtiment, mais aussi recours facile aux autres services spécialisés de l'hôpital, neuro-radiologie, électro-encéphalographie, laboratoire de biologie, neurologie, endocrinologie, etc...

CONCLUSION

Dans le domaine de la psychiatrie hospitalière, l'étude des modalités d'assistance aux adolescents, nous a fait envisager les diverses techniques hospitalières, applicables à cette période mouvante de la vie.

L'interaction de divers facteurs, d'ordre biologique, psychologique et social par exemple, expliquent en partie la complexité des troubles rencontrés, et les difficultés considérables auxquelles sont confrontés ceux qui s'intéressent aux problèmes des adolescents.

Les affects et les conflits anciens sont réactivés de façon aiguë, les décharges pulsionnelles et agressives sont parfois violentes, les manifestations psychopathologiques souvent imprécises et déroutantes. Leur évolution imprévisible est pourtant déterminante pour ces adultes en devenir, avec le risque de décompensation d'une affection mentale caractérisée, d'une désocialisation prolongée ultérieure.

Ces particularités impliquent des modes d'approche souples et nuancés, différents de deux utilisés pour les enfants ou les adultes.

Certains psychiatres se sont efforcés de définir des techniques thérapeutiques spécifiques pour ce groupe d'âge, qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire :

- psychothérapies individuelles, de groupe ou familiales ;
- services thérapeutiques dans les hôpitaux psychiatriques ou généraux ;
- centres de traitement résidentiel ;
- internats thérapeutiques par exemple.

Nous nous sommes volontairement limitée à l'étude de la prise en charge hospitalière. Son efficacité dépend évidemment du dispositif extra-hospitalier.

Hormis les hospitalisations temporaires à visée déconditionnante, ou pour un traitement intensif en milieu spécialisé, les hospitalisations continues de longue durée cèdent le pas à diverses modalités de soins ambulatoires intensifs et d'hospitalisation partielle aux indications spécifiques : hospitalisations de jour, de nuit, de soir par exemple. Elles permettent le maintien de l'adolescent dans son milieu habituel.

Notre réflexion sur le fonctionnement, ces dernières années, de deux services spécialisés d'hôpitaux généraux nous a fait développer successivement :

- leurs modalités d'admission et de recrutement, ainsi que le fonctionnement des consultations hospitalières ;

- la clientèle reçue ;

- les locaux d'hébergement ;

- la constitution des équipes soignantes et le rôle de chacun de ses membres ;

- leur fonctionnement institutionnel particulier ;

- les diverses techniques thérapeutiques orientées vers l'adolescent et sa famille ;

- les activités extra et intra-hospitalières proposées aux adolescents durant leur séjour ;

- l'orientation et la prise en charge après la sortie.

L'unité d'hospitalisation mixte pour adolescents, qui existe à l'hôpital Hérold, offre un milieu thérapeutique assez structuré et souple et des possibilités de vie communautaire au sein d'un groupe.

Les efforts psychothérapiques entrepris, l'implantation en milieu pédiatrique en font une structure de soins assez originale, adaptée à des pré-adolescents et des adolescents jeunes, pour une hospitalisation temporaire. Quatre fragments d'observation illustrent les modalités de soins dans cette unité.

Le service de psychiatrie infanto-juvénile de la Salpêtrière offre de nombreuses possibilités d'accueil des adolescents, dans des unités de soins très ouvertes ou plus fermées avec des enfants ou des adultes, ce qui permet un fonctionnement assez souple. La diversité des moyens thérapeutiques mis en oeuvre, le développement de nombreuses activités et d'ouvertures vers la cité, permettent de répondre en partie aux perturbations psychopathologiques présentées par des adolescents de tous âges. L'existence conjointe d'unités d'hospitalisation pour enfants et pour adultes favorise la continuité des soins de l'enfance à l'âge adulte.

L'implantation de ces deux services dans un hôpital général, au coeur de la cité, facilite les ouvertures vers l'extérieur, et la dédramatisation des troubles. L'unité psychiatrique bénéficie ainsi de possibilités de collaboration avec les services médico-sociaux et pédagogiques extra-hospitaliers et à l'intérieur de l'hôpital, du recours possible à de nombreux spécialistes pour explorations ou soins médicaux intensifs et spécialisés.

En étudiant d'autres expériences d'hospitalisation d'adolescents, en France et à l'étranger, relatés dans des périodiques de langue anglaise et française, nous avons envisagé divers éléments favorables pour ces auteurs, à la réalisation de modalités de soins hospitaliers adaptés à cette période de la vie.

La discussion classique concernant les structures d'hébergement : est-il préférable d'hospitaliser les adolescents dans des unités thérapeutiques qui leur soient spécifiques, ou dans les services de psychiatrie générale, avec des adultes, a fait l'objet de nombreux débats.

La comparaison des résultats obtenus à long terme, avec ces deux modalités de prise en charge hospitalière, semble plutôt en faveur de la première solution. Certaines institutions offrent d'ailleurs les deux possibilités. Elles disposent d'unités de "psychiatrie juvénile" avec un programme particulier. A côté des techniques psychothérapiques ou rééducatives particulières, elles ont des moyens pédagogiques adaptés, des possibilités de thérapie éducative, récréative et occupationnelle visant notamment la formation professionnelle. Si les adolescents se trouvent ainsi durant la journée dans un service à orientations thérapeutiques adaptées à leur âge, l'endroit où ils passent la nuit semble de moindre importance et ils peuvent être accueillis dans ces services spécialisés, ou avec des adultes ou des enfants selon les circonstances.

Plus encore que les conditions matérielles, le recours à un personnel mixte, assez jeune, relativement spécialisé et particulièrement motivé pour vivre avec les adolescents contribue à l'instauration d'un climat libéral et souple, tout en maintenant une autorité rassurante.

La participation de personnel masculin en proportion suffisante est indispensable.

L'environnement, l'architecture et la décoration des lieux doivent être particulièrement étudiés pour réaliser un cadre de vie accueillant et personnalisé, réservant à chacun un territoire privé. L'articulation entre elles de petites unités fonctionnelles, le recours à des chambres individuelles et des locaux communautaires à usages multiples, de dimensions relativement réduites, représentent un idéal souhaité par de nombreux auteurs.

Les efforts thérapeutiques importants, dirigés vers les familles, quelles qu'en soient les modalités, visent à obtenir collaboration et implication progressives de leur part.

Les sorties hors de l'hôpital utilisent les milieux récréatifs, culturels, pédagogiques et d'apprentissage professionnel normaux de la communauté. Elles sont capitales pour préparer la réadaptation sociale ultérieure et éviter l'isolement dans un milieu artificiel ou ségrégatif.

Nombre de ces données nous ont paru applicables dans les contextes particuliers. La coordination d'unités hospitalières plus ou moins spécialisées, avec les diverses instances extra-hospitalières,

concernées par cet important problème d'avenir que représente la prise en charge des adolescents, est indispensable, souvent difficile à réaliser, du fait de la multiplicité des organismes intéressés.

La prise en charge publique et "totale", telle qu'elle est conçue dans un dispositif sectorisé, est difficile, parfois mal adaptée à la mouvance géographique de ces patients.

Les remaniements propres à cette période de la vie impliquent une grande disponibilité des équipes médico-sociales pour contrôler et faire face à des situations souvent urgentes.

La création d'établissements de suite en nombre suffisant pour répondre aux besoins, améliorera l'efficacité de l'ensemble.

Vu :

Le Président :

Signé : D.J. DUCHE

Vu :

Le Doyen :

Signé : P. CASTAIGNE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- ALIZON J. Les jeunes déséquilibrés caractériels à l'hôpital psychiatrique. Thèse, Paris, 1951.

- ALVIN Troubles de l'identification et de l'image corporelle. Revue Française de Psychanalyse, 1962.

- AMADO G. Ethique et psychologie d'un groupe d'adolescents inadaptés. Evol. Psychiatrique, Fasc. I, 1951.

- ANTHONY E.J. Les réactions des adultes aux adolescents et à leur comportement. L'abord psychiatrique de l'adolescence. VIème Congrès International de Psychiatrie Infantile. Edimbourg, Juillet 1968, p 134-149.

- BAILLY-SALIN P., LUCAS G., MALE P., MISES R., RACAMIER P.G. Les troubles à l'adolescence. Problèmes posés à l'intérieur et hors de l'institution. Scarabée, Paris 1972.

- BASQUIN M. Bilan de la neuro-psychiatrie infantile hospitalière française. Sa nécessité. Son avenir. Thèse, Paris, 1964.

- BASQUIN M., WIDLOCHER D. Inadaptations scolaires et professionnelles de l'adolescence. Revue du Praticien, 16, n° 13 (n° spécial sur l'adolescence), Mai 1966, p. 1797-1811.

- BASQUIN M., WIDLOCHER D. Réflexions sur la personnalité des adolescents. Revue du Praticien, 16, n° 13, Mai 1966, p. 1751-1765.

- BECKETT P.G.S., PEARSON C.E., RUBIN E. Etude comparative de l'évolution secondaire à deux modalités différentes de traitement hospitalier d'adolescents de sexe masculin. Journal Nerv. Ment. Dis., 1961, 134.

- BELEY A. Rôle et place de la psychiatrie infantile hospitalière. Information Psychiatrique , n° 2, Février 1967.

- BELEY A. Evolution des modes d'assistance en psychiatrie infanto-juvénile. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Sept. 1968, Masson 1968.

- BELISLE L.G. Soins de jour de la clinique interne du département de psychiatrie infantile. Hôpital Ste Justine à Montréal. Revue de neuro-psychiatrie infantile, Sept. 1968, 16ème année, n° 9, p. 763-773.

BELLE THIOT RIVAILLE Etude psychiatrique de 50 adolescents suicidaires. Revue de neuro-psychiatrie infantile, 18 (3), 1970, p. 239-248.

BENOIT G. Du service d'enfants de la colonie de Vaucluse au chaînor hospitalier de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. Information Psychiatrique , Vol. 48, n° 5, Mai 1972, p. 425-435.

BENOIT G. et Coll. Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. n° spécial Information Psychiatrique , Vol. 48, n° 5, Mai 1972.

BERNET G. Abord des symptômes dans un établissement pour adolescents. Instantanées de Criminologie, 1968, n° 5, p. 13-17.

BESKIND H. Psychiatric inpatient treatment of adolescents. A review of clinical experiences. Comp. Psychiatric, 3, 354-369, 1962.

BEUCHER M. Troubles non psycho-névrotiques de la maturation au cours de l'adolescence (crise juvénile et dysharmonies évolutives). Revue du Praticien, Mai 1966, n° 13, 16, p. 1765-1779.

BIGRAS J., MACKAY J., MELYYN G., BELAIR Cl. et TRECHAULT L. Les diagnostics pédo-psychiatriques selon l'âge et le sexe dans un centre canadien français de Montréal. Revue de neuro-psychiatrie infantile, Sept. 1968, 16, n° 9, p. 739-751.

BIGRAS J. Esquisse d'une théorie de l'adolescence, centrée sur le point de vue économique freudien. L'inconscient, n° 6, Avril-Juin 1968, p. 89-104.

BIGRAS J. L'identification féminine chez l'adolescente. Psychiatrie de l'enfant, VIII, 1965, Fasc. 1, p. 163-272.

BLOS Peter. Les adolescents - Essai de psychanalyse. Sock, 1967, 285 p.

BORGEAT F. "Acting out" et psychothérapie de groupe pour adolescents en milieu institutionnel. Laval Médical, Mars 1971, 42, n° 3, p. 237-241.

BOSH G. Expérience acquise sur la construction et l'organisation d'une clinique psychiatrique rurale pour adolescents. Nervenartz, Juillet 1966, 37, n° 7, p. 298-304.

BOURJADE G. Remarques sur les techniques d'observation et de psychothérapie dans un centre d'observation d'adolescents. Pédiatrie, 1955, 10, n° 4, p. 383-392.

BOUTHEVIL E., DIALLO I. Devenir d'un groupe socio-économique d'adolescents dakarois suivis depuis la naissance. Revue de neuro-psychiatrie infantile, Oct-Nov. 1970, n° 10-11, p. 817-826.

- BROUSSELLE A., LAB P., LEVY E. L'influence du milieu sur l'évolution et le traitement des maladies mentales chez l'étudiant. Perspectives Psychiatriques, n° 10, Janvier-Février 1965, p. 15-39.

- BRUNSCHWIG Pour introduire une discussion sur la répercussion dynamique des traitements psychothérapiques spécifiques dans le cadre d'une institution pour enfants. Psychiatrie de l'Enfant, XIV, 1, p. 273-281.

- BUCKLE D.F., LEBOVICI S., TIZARD J. Le traitement des enfants placés en institution. Psychiatrie de l'Enfant, Vol. 7, Fasc. 2, 1964, p. 497-547.

- CAHN R. Perspectives psychanalytiques sur la place des traitements de relaxation dans le cadre des psychothérapies des adolescents. Revue de neuro-psychiatrie infantile, Mai-Juin 1968, 16, n° 5-6, p. 525-530.

- CAPLAN G. Eléments d'un programme d'ensemble de la communauté pour la santé mentale des adolescents. Congrès d'Edimbourg, Juillet 1966, p. 171-181.

- CAPLAN G., LEBOVICI S. L'abord psychiatrique de l'adolescent. Excerpta Medica, Mars 1966. VIème Congrès International de Psychiatrie Infantile, Edimbourg, Juillet 1966.

- CASHDAN Sh. Social participation and subcultural influences in the study of adolescent creativity. Adolescence VI, n° 21, Spring 1971, p. 39-53.

- CHAZAUD J. La psychiatrie infantile en pratique. Etudes et recherches sur l'enfance. Privat Ed., 1971, 260 p.

- CHAZAUD J. Quelques aspects des marges psychotiques chez les adolescents. Confrontations Psychiatriques, n° 7, 1971, p. 157-180.

- CHILAND Colette. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Bulletin de Psychologie, 1968-1969, n° 7-8, p. 430-469.

- COMITI Devenir des enfants transférés dans un service de psychiatrie d'adultes. Informations psychiatriques, Mai 1972, 48, 5, p. 435-441.

- CONWAY B. The effect of hospitalisation on adolescence. Adolescence, Vol. VI, n° 21, Spring 1971, p. 77-93.

- DANON-BOILEAU H., ARNULF G., LAB P., LEVY E. Incidence des problèmes scolaires et universitaires sur la psychopathologie de l'adolescent. Confrontations Psychiatriques, 1971, n° 7, p. 199-223.

- DANON-BOILEAU H. Fonctionnement de la maison universitaire médico-psychologique de Sceaux. Perspectives Psychiatriques, n° 10, Janv.-Fév., 1965, p. 7-15.

- DAVIS G.L. A child psychiatric inpatient service. Lancet London, 2, 1964, 7 366, p. 955-957.

- DEBESSE M. L'adolescence. P.U.F., 12ème édition mise à jour, 1969. "Que Sais je".

- DELESALLE S., PLUMYENE J. Avatars de la relation pédagogique à la clinique Dupré. Perspectives Psychiatriques, 10, p. 59-62.

- DEMAY-LAULAN M., ORTAS M., DEMAY J., LAFON J. La mixité dans un service d'enfants et adolescents. Information Psychiatrique , Sept. 1968, 44, n° 7, p. 615-620.

- DEMAY J. et DEMAY M. La place de l'enfant en hôpital psychiatrique. Information Psychiatrique , Juin 1966, n° 6.

- DEUTSCH H. Psychologie des femmes. I Enfance et adolescence. P.U.F., 1949.

- DOUADY D., JEANGUYOT M.T., NELL D., DANON-BOILEAU H., LAB P., BROUSSOLE A., LEVY E. Origine et développement des cliniques médico-psychologiques de la fondation Santé Etudiants de France. Revue de neuro-psychiatrie infantile, 1967, 15, p. 505-671.

- DUCHE D.J., SCHONFELD W., TOMKIEWICZ S. Aspects physiques du développement des adolescents. Congrès d'Edimbourg, Juillet 1966, p. 102-114.

- DUCHE D.J. Les tentatives de suicide chez l'adolescent. Psychiatrie de l'Enfant, 1964, 7, 1, p. 114.

- DUCHE D.J. La puberté et l'adolescence, Paris Hachette 1971.

- DUCHE D.J. Les problèmes psychologiques de la puberté. Revue du Praticien, 1971, 21, n° 10, p. 1655-1662.

- DUGAS M., STORK H. Le pavillon d'urgence de neuro-psychiatrie infantile de la Salpêtrière : 10 premiers mois d'activité. Revue de neuro-psychiatrie infantile, n° spécial Pédo-Psychiatrie, 1968, p. 81-89.

- EBTINGER R., SICHEL J.P. L'hypochondrie et le suicide chez l'adolescent. Confrontations Psychiatriques, 7, 1971, p. 81-103.

- EVANS J. Inpatient analytic group therapy of neurotic and delinquant adolescents, some specific problems associated with these groups. Psychothérapie Psychosomatique, 13, 1965, p. 265-270.

- FALSTEIN E.I., FEINSTEIN S.L. et COHEN W.P. Un programme de soins intégré pour adolescents dans un hôpital psychiatrique général. Am. J. Orthopsychiatry, 30, 276-291, 1960, April.

- FALSTEIN E.T. Group dynamics inpatient adolescents engaged in out break of vandalism. Arch of Gen. Psy., 9, Juillet 1963, 32-45.

- FLAVIGNY H. Supervision psychiatrique des équipes éducatives, des actions de réparation des ruptures sociales en milieu naturel (équipes et clubs de prévention). Confrontations Psychiatriques, 7, 1971, p. 225-241.

- FLAVIGNY H. Comment préparer un adolescent à sa première rencontre avec un psychiatre. Revue de neuro-psychiatrie infantile, Pédo-Psychiatrie, 1968, n° spécial, p. 89-93.

- FLAVIGNY H. Aspect psychiatrique du comportement des adolescents asociaux. Revue du Praticien. Mai 1966, 16, n° 13, p. 1779-1797.

- FRANK R.L. Les adolescents dans le service psychiatrique d'un hôpital général. Mount Sinaï, Journal Médical, Janvier-Février 1971, 38, n° 1, p. 35-41.

- FREUD Sigmund. Trois essais sur la théorie de la sexualité.

- FREUD Sigmund. Les cinq psychanalyses.

- FREUD Anna. Le Moi et les mécanismes de défense (traduction A. Berman), P.U.F., chap XI, XII.

- FREUD Anna. Adolescence - psychoanalytic study of the child, 1958, XIII, New York, International Universited Press.

- GARBER B., POLSKY R. Etudes suivies d'adolescents hospitalisés. Rapport préliminaire. Arch. of Gen. Psy., Février 1970, 22, n° 2, 179-187.

- GLASSER B.A., HARTMANN E.L., AVERY N.L. Attitudes envers les adolescents dans un service d'adultes d'hôpital psychiatrique. Am. J. of Psychiatry, Sept. 1967, 124, n° 3, p. 317-322.

- GUSDORF Ch., MARKOVITCH P., PINEL J.P. La psychothérapie à la M.U.M.P. de Sceaux. Perspectives Psychiatriques, n° 10, p. 49-58.

- HAIM A. Suicides d'adolescents. Payot, 1969.

- HALDANE J.D. et Mc INNES D. Nouveau service psychiatrique pour adolescents. British Medical Journal, 27 Juillet 1968, 3, n° 5612, p. 243-245.

- HAMILTON D.M., Mc KINLEY R.A., MOORHEAD H.H. et WALL J.H. Les résultats du traitement en hôpital psychiatrique de troubles de l'adolescence. Am. J. of Psychiatry, Mars 1961, 117, n° 9, p. 811-816.

- HENDERSON A.S., KRUPINSKI J. et STOLLER A. Application de l'épidémiologie à la psychiatrie de l'adolescent. Confrontations Psychiatriques, 7, 1971, p. 37-69.

- HENDRICKSON W.J., HOMES D.J. et WAGGONER R.W. La psychothérapie des adolescents internés. Am.J. of Psychiatry, Décembre 1959, 116, n° 6, p. 527-532.

- HEURTEVENT J. Contribution à l'étude du traitement et de la rééducation des adolescentes déséquilibrées caractérielles très difficiles. Thèse, Paris, 1969, n° 236, 86 p.

- HEURTEVENT J. Contribution à l'étude du traitement et de la rééducation des adolescentes déséquilibrées caractérielles très difficiles. Annales Médico-Psychologiques, Février 1970, 128, n° 2, p. 320.

- HEUYER G. Esquisse d'une psychopathologie des jeunes adultes. Evolution Psychiatrique, 1956, 21, p. 181-188.

- HEUYER G. Introduciton à la psychiatrie infantile. Païdeia, P.U.F., 1952.

- HEUYER G. Esquisse d'une psychopathologie des jeunes adultes. Evolution Psychiatrique, 1956, 21, p. 181-188.

- HIJMANS A.H., VAN DEN BERGH Towards a residential clinic for adolescents. Acta Paedopsychiatrica. The International Journal of Child Psychiatry, Vol. 35, Fasc. 9, p. 255-260.

- HOMBERG F. Le déconditionnement en thérapeutique neuropsychiatrique. Intérêt et limites. Application en milieu hospitalier (hôpital Hérold), Thèse Paris 1966.

- HOUDE L. Les critères d'admission au traitement intensif en internat, en externat et en clinique de jour. Revue de Neuropsychiatrie infantile, 16, n° 9, p. 715-725, Sept. 1968.

- IRVINE E.E., BROWN D.E. A propos de certains aspects psychosociaux de l'adolescence. Problèmes liés aux incertitudes des adolescents quant à leur rôle dans la société, leurs difficultés de communication. Congrès d'Edimbourg, Juillet 1966, p. 121-128.

- JACQUEL M. Les hospitalisations partielles en psychiatrie. n° spécial. Information Psychiatrique , Mars 1968, Vol. 44, n° 3.

- KALFON G. Les adolescents dans les services psychiatriques d'adultes. Conférence du Docteur Bailly-Salin. C.E.M.E.A., 9 Janvier 1971. Actualités sociales et hebdomadaires, 1971, n° 764, p. 5-6.

- KESTEMBERG E. L'identité et l'identification chez les adolescents. Problèmes théoriques et techniques. Psychiatrie de l'Enfant, 1962, 5, Fasc. 2, p. 441-518.

- KESTEMBERG E. Puberté et adolescence. Psychiatrie de l'Enfant, 1967, Vol. X, Fasc. 1, p. 257-273.

- KESTEMBERG E. Les psychothérapies des adolescents. Confrontations Psychiatriques, n° 7, 1971, p. 181-197.

- KIPMAN, DELAUNAY. Projet de centre de santé mentale pour adolescents. Techniques Hospitalières, Paris, Juin-Juillet 1967, n° 261, p. 51-58.

- KLEIN M. Psychanalyse des enfants. P.U.F., 1959.

- KLEIN M. Essais de psychanalyse. Payot.

- KLINEBERG O. Aspects sociologiques de l'adolescence. Confrontations Psychiatriques, n° 27, 1971, p. 69-80.

- LACAN J. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du JE. Communication au XVIème Congrès International de Psychanalyse.

- LANG J.L. Attitudes pratiques, conduite à tenir vis à vis de l'inadaptation juvénile. Revue du Praticien, XVI, n° 13, Mai 1966, p. 1825-1832.

- LAUFER M. Abord psychanalytique du travail avec les adolescents. Le travail du centre de consultation des jeunes gens avec des remarques sur le diagnostic et la technique. Psychothérapie Psychosomatique, 1965, 13, n° 4, p. 292-298.

- LAUNAY Cl. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. Revue du Praticien, 1964, XIX, n° 6, p. 619-626.

- LAUNAY Cl. et WOLF A. Troubles sexuels de l'adolescence. Revue du Praticien, Mai 1966, XVI, n° 13, p. 1811-1925.

- LAUNAY Cl., DAYMAS S., HOMBERG F. Qu'attendre d'un centre hospitalier aménagé en fonction de la pédo-psychiatrie. Le déconditionnement. Pédo-Psychiatrie, 1967, p. 67-77.

- LAZURE D. L'assistance psychiatrique en milieu pédiatrique. Revue de neuro-psychiatrie infantile, 16, 9 Sept. 1968, p. 715-727.

- LEBOVICI S., DIATKINE R., KESTEMBERG E. Bilan de 10 ans de pratique psychodramatique chez l'enfant et l'adolescent. Psychiatrie de l'Enfant, Vol. 1, Fasc. 1, p. 63-177.

- LEBOVICI S., DIATKINE R., KESTEMBERG E. Applications de la psychanalyse à la psychothérapie de groupe et à la psychothérapie dramatique en France. Evolution Psychiatrique, 1952, III.

- LEBOVICI S. Les modes d'adaptation des adolescents. Congrès d'Edimbourg, Juillet 1966, p. 149-158.

- LELORD G., ETIENNE T., PETITOT H., PERSONNE J., ATZENHOFFER M.O. Hospitalisation des adolescents en psychiatrie. A propos de 135 observations. Revue de neuro-psychiatrie infantile, Mai 1972, 20, 5, 1972, p. 443-466.

- LELORD G. Expérience de département de pédo-psychiatrie dans un centre hospitalier. Information Psychiatrique, 1969 (à paraître).

- LEVY E. Long term follow up of former inpatient at the children's hospital of the Menninger Clinic. Am.J. of Psychiatry, 125, p. 1633-1639, Juin 1969.

- LINNEMANN E. et J. WITRUP. Traitement des adolescents dans un hôpital de jour et de nuit. Acta Paedopsychiatrica, Vol. 35, Fasc. 9, Sept. 68, p. 261-264.

- LLOYD M., CAPLAN G. Identification source de complications des traitements à l'hôpital des adolescents. Am.J. of Orthopsychiatry, 1966, 36, p. 720-724.

- LOURIE R.S. et WERKMAN J.L. Problèmes techniques dans le diagnostic et le traitement des adolescents. Congrès d'Edimbourg, Juillet 1966, p. 158-165.

- MAGILL Bethy E.A. Unité d'hospitalisation psychiatrique pour jeunes adolescents. Acta Paedopsychiatrica, Vol. 35, Fasc. 9, p. 250-255.

- MALE P. Psychothérapie des adolescents. P.U.F., 1964, 1969.

- MALE P. Problèmes de psychopathologie pubertaire. Confrontations psychiatriques, n° 3, 1969, p. 97-117.

- MALE P. Psychothérapie de l'adolescent. E.M.C.

- MALE P. Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence. Confrontations Psychiatriques, n° 7, 1971, p. 103-124.

- MARTIN D. Le début de la croissance et le développement d'un service pour adolescents à l'hôpital de Cassel. Psychother. Psychosom, 1965, 13, p. 309-313.

- MARSHALL M.A. et WEINBERG L. Implantation d'un service pour adolescents des deux sexes dans un hôpital psychiatrique. Psychother. Psychosom., 1965, 13, n° 4, p. 299-308.

- MASTERSON J.F. Diagnostic et traitement du syndrome border line chez les adolescents. Confrontations Psychiatriques, n° 7, 1971, p. 125-155.

- MICHAUX L. Psychiatrie, Paris, Flammarion, 1965.

- MISES R. et l'équipe de secteur. La Fondation Vallée : de l'asile au secteur psychiatrique. Information Psychiatrique, Oct. 1971, n° spécial, Vol. 47, n° 8.

- MISES R., SEGUIN, ZAGDOUN. L'hospitalisation dans le secteur neuro-psychiatrique infantile, une expérience en cours. Information Psychiatrique, Février 1967, n° 2.

- MISES R. Les bases d'une réorganisation de la neuro-psychiatrie infantile. Evolution Psychiatrique, n° 4, 1967.

- NEALON J. L'hospitalisation de l'adolescence. Crise familiale. Implications pour l'abord thérapeutique. Arch. Gen. Psych., Sept. 1964, 11, n° 3, p. 302-311.

- NORRIS D.L. L'approche du milieu et de l'équipe intégrée avec les malades psychiatriques, adolescents ou les adultes jeunes. Rapport préliminaire. South Afr. Med. J., 15 Nov., 1969, 43, n° 46, p. 1403-1408.

- NORTON A.H. Appréciation d'un service psychiatrique pour enfants, adolescents et adultes. Amer. J. Of Psychiatry, 1967, 123, p. 1418-1424.

- OSTERRIETH P.A. L'adolescence. Aspects psychologiques. Congrès d'Edimbourg, Juillet 1966, p. 114-121.

- PERSONNE J. Les troubles de l'adaptation de l'adolescent. Rôle du médecin de famille. Thèse de Médecine, Tours, 1971.

- POROT M. Les conduites suicidaires de l'adolescent. Psychiatrie de l'Enfant, 1968, 11, p. 3-7.

- RINSLEY D.B. et HALL D.D. Traitement psychiatrique en milieu hospitalier d'adolescents. Les résistances aux parents d'après leur comportement verbal. Arch. Gen. Psychiatry, Oct. 1962, 7, n° 4, p. 286-294.

- ROUMAJON Y. Comportements inadaptés de l'adolescent normal. Psychiatrie de l'Enfant, 1961, Vol. IV, Fasc. 1, p. 229-275.

- ROUSSELET J. Problèmes d'orientation professionnelle. Confrontations Psychiatriques, n° 7, 1971, p. 241-261.

- SAINT HILAIRE J., ALEXANDRIS A. Institut Albert Prevost. Département de l'enfance et l'adolescence. Laval Médical; Janvier 1971, 42, n° 1, p. 77-80.

- SCHONFELD W.A. La psychiatrie de l'adolescent : un défi pour tous les psychiatres. Confrontations Psychiatriques, n° 7, 1971, p. 9-37.

- SCHONFELD W.A. Body image disturbances in adolescents with inappropriate sexual developpment. Amer. J. of Orthopsychiatry, 1964, 34, 3, p. 493-502.

- SIVADON P., SCHWEICH M. et HAIM A. L'adolescent à l'hôpital psychiatrique. Hygiène Mentale (suppl. Encéphale), 1955, 44, n° 3, p. 81-95.

- SOSKIN W.F., DUHL L.J., LEOPOLD R.L. Aspects socio-culturels de l'adolescent. Congrès d'Edimbourg, Juillet 1966, p. 128-134.

- SPIEL W. Note sur les différences nationales d'approche des problèmes psychologiques de l'adolescence. Congrès d'Edimbourg, Juillet 1966, p. 96-102.

- SUESS J.F. et HOSHINO A.Y. Développement d'un service pour adolescents et le résultat des traitements des jeunes gens dans les hôpitaux d'Etat psychiatriques pour adultes. Amer. J. of Psychiatry, 1961, 117, n° 10, p. 891-896.

- TOMKIEWICZ S. et FINDER. Dysmorphophobie de l'adolescent caractériel. Revue de neuro-psychiatrie infantile, 1967, 15, n° 12, p. 939-965.

- TREFFERT D.A. Service pour enfants et adolescents dans un hôpital psychiatrique : 5 ans de fonctionnement. Arch. Gen. Psychiatry, Décembre 1969, 21, n° 6, p. 745-752.

- TURLE G.C. A propos de l'ouverture d'un centre psychiatrique pour adolescents. Psychother. Psychosom., London, 1965, 13,

- VASEY I.T. Expériences dans l'emploi de la thérapie de groupe comme modalités de traitement spécifique pour les adolescents dans le centre de guidance infantile. Acta Paedopsychiatrica, Vol. 35, Fasc. 9, Sept. 1968, p. 227-274.

- WINICOTT. De la pédiatrie à la psychanalyse.

- ZMUSSER. A child psychiatric inpatient service. Lancet, London, 2, 1964, 7340, p. 1183-1184.